

С.Г.Хачкурузов

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ



УЗК



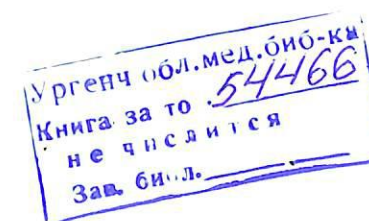
УДК 618.2-073.
У 24
54466

С. Г. Хачкурузов

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Третье издание

ч/з



Москва
«МЕДпресс-информ»
2017

УДК 618.2-073
ББК 57.16
Х24

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

В книге сохранена авторская орфография и пунктуация.

Хачкурузов С.Г.

Х24 Ультразвуковая диагностика внематочной беременности / С.Г.Хачкурузов. — 3-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2017. — 448 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-447-1

Монография посвящена различным аспектам клинико-эхографической диагностики внематочной беременности и отражает как общепринятый взгляд на эту проблему, так и собственный опыт автора. Рассмотрены патогенез, морфология и разные варианты клинического течения. Подробно изложена и систематизирована симптоматика. Значительное место отведено вопросам дифференциальной диагностики. Особое внимание уделено анализу диагностических трудностей и ошибок, а также наиболее перспективным способам их преодоления.

Книга иллюстрирована большим числом эхограмм и схем. Предназначена для специалистов в области ультразвуковой диагностики и гинекологов.

УДК 618.2-073
ББК 57.16

*Автор и редакторская группа благодарят коллектив женской консультации №22 (Санкт-Петербург, Выборгский район; главный врач **Ф. Р. Кутуева**) за практическую и консультативную помощь.*

*Особую признательность автор выражает врачам **Л. В. Овинцевой, В. А. Федорову, Л. Р. Григорьеву и Т. Я. Бутуринной**, благодаря советам и поддержке которых написана эта книга.*

ISBN 978-5-00030-447-1

© Хачкурузов С.Г., 2006
© Издательство «МЕДпресс-информ», 2006

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	7
Введение	9
ГЛАВА I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	15
Краткий обзор статистико-эпидемиологических исследований и факторов риска развития трубной беременности	15
Патогенез и морфология	20
I. Имплантация зародыша в трубе	23
II. Прогрессирующая или ненарушенная трубная беременность	26
III. Прерывание (нарушение) трубной беременности	28
Трубный аборт	29
Разрыв трубы	33
ГЛАВА II. КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	35
ВМБ в перешейке маточной трубы	38
I фаза. Прогрессирующая беременность	38
II фаза (прерывание ВМБ). Разрыв трубы	100
ВМБ в ампуле маточной трубы	102
I фаза. Ненарушенная, прогрессирующая ампулярная трубная беременность	103
II фаза. Нарушенная ампулярная трубная беременность — трубный аборт	143
ГЛАВА III. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПОЗНАВАНИЯ ВМБ	209
Дифференциальная диагностика	210
Прогрессирующая беременность	210
Нарушенная трубная беременность	220
Симптоматические аспекты ультразвуковой диагностики эктопической беременности	228
Патология или необычный характер эхографически манифестируемой маточной беременности раннего срока	229
Угрожающий выкидыш в эконегативный период маточной имплантации	237
Самопроизвольный выкидыш на раннем сроке	238
Пузырный занос	242
Функциональные нарушения менструального цикла	242
Воспаление придатков матки	266
Эндометриоз	284
Доброкачественные опухоли полости матки	290

ГЛАВА IV. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ	299
Гиподиагностика трубной беременности	304
Прогрессирующая беременность	305
Трубный аборт	349
Атипичная форма ВМБ	373
Воспалительные заболевания	382
Овуляторные расстройства	382
Органическая и функциональная патология придатков матки	393
Осложненное течение кист и опухолей яичников	395
Нарушение «питания» фибромиомы матки	398
Гипердиагностика	409
ГЛАВА V. РЕДКИЕ ФОРМЫ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	424
Перешеечно-шеечная беременность	424
Гетеротопическая беременность	427
Беременность в маточном (интерстициальном) отделе трубы	432
Яичниковая беременность	435
Брюшная беременность	437
Литература	438

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

М — матка	
Э — эндометрий	
Я — яичник(и)	
ШМ — шейка матки	
МТр — маточная труба	
МП — мочевого пузыря	
К — кишка (кишечник)	
О — образование	
м/таз — малый таз	
УЗИ — ультразвуковое исследование	
БРС — беременность раннего срока	
ВМБ — внематочная беременность	
Пл/Я — плодное яйцо	
НБ — недели беременности	
ЖТ — желтое тело	
УВ — угрожающий выкидыш (угроза выкидыша)	
П — прогестерон	
ХГ — хорионический гонадотропин	
ТВ — трансвагинальный	
ВМК — внутриматочный контрацептив	
НМЦ — нарушение менструального цикла	
ДМК — дисфункциональное маточное кровотечение	
ЖГЭ — железистая гиперплазия эндометрия	
ЖК — женская консультация	
ФМ-узел — фиброматозный узел	
Ø — диаметр	
≈ — примерно	
⊕ — положительный	} тест на ХГ
⊖ — отрицательный	

«Люди постараются понять меня и втиснуть в какие-то привычные для себя рамки. Они будут искать истины. Но истина всегда несет на себе отпечаток двойственности слов, которыми ее пытаются выразить».

Ф. Герберт «Дюна»

ВВЕДЕНИЕ

В отечественной и зарубежной литературе имеется большое число публикаций, посвященных внематочной беременности. Среди них множество статей, касающихся частных вопросов диагностики и лечения эктопической беременности, ряд фундаментальных работ монографического плана, а также обязательные разделы и главы в учебниках и руководствах акушерско-гинекологического профиля. Пожалуй, наиболее выдающимся достижением в этом направлении за последние 10 лет нужно признать монографию А. Н. Стрижакова и А. И. Давыдова с соавт. (Внематочная беременность. — М., 1998), в которой суммирован не только обширный личный опыт авторского коллектива, но и систематизирована вся гамма современных взглядов и теорий о ВМБ. И все же, несмотря на, казалось бы, всеобъемлющий характер литературных данных, целесообразно еще раз затронуть эту тему; естественно с позиций УЗ-диагностики, так как целый ряд аспектов проблемы дооперационной верификации патологической имплантации оплодотворенной яйцеклетки остаются неясными и противоречивыми. На этом стоит остановиться подробнее.

- Относительно прогрессирующей (ненарушенной) трубной беременности — почти во всех литературных источниках приводится классическая УЗ-симптоматика: вне М лоцируется типичное Пл/Я с хорошо развитым хорионом и пульсирующим эмбрионом. Вместе с тем, в реальной клинической практике визуализировать подобную картину удастся весьма редко, так как эхографические качества эктопического Пл/Я, как правило, существенно отличаются от таковых у нормального (в М) эмбрионального объекта. Эти отличия нуждаются в дополнительном уточнении и классификации. Господствующая в УЗ-диагностике прогрессирующей ВМБ доктрина утверждает, что данный диагноз правомочен только при обнаружении указанной выше «идеальной» эхокартины, т.е. — только после 5 НБ, когда внутри Пл/Я появляется изображение эмбриона с отчетливо регистрируемой пульсацией. Это положение не совсем точно отражает истинное состояние дел, а в ряде случаев наносит определенный вред диагностическому процессу, потому что отвергает возможность раннего выявления экосимптомов эктопической имплантации (нидации). В связи с этим вопрос ранней диагностики ненарушенной ВМБ, независимо от уровня расположения Пл/Я в МТр, либо не рассматривается вообще, либо изучен крайне недостаточно.
- Обращает на себя внимание довольно поверхностное и по непонятной причине очень краткое описание УЗ-симптоматики нарушения (преры-

вания) ВМБ по типу трубного аборта, для которого, в отличие от разрыва трубы, характерно хроническое и, реже, подострое течение. В то же время эхокартина этого варианта эктопической беременности отличается значительной вариабельностью и, следовательно, должна быть изучена более подробно, причем на конкретных клинических примерах, показывающих как разные фазы течения, так и различную степень тяжести патологических изменений в просвете МТр и за ее пределами. Ведь именно трубный аборт, наблюдающийся при локализации эмбрионального объекта в ампуле яйцевода, является самым частым механизмом прерывания ВМБ.

- Явным упущением многих публикаций и учебных программ является недостаточно активная и углубленная акцентация необходимости проведения клинико-эхографических параллелей у каждой конкретной пациентки, обследуемой с подозрением на эктопическую локализацию. Более того, в статьях и руководствах по УЗ-диагностике сведения о клинических и эхографических сопоставлениях при трубной беременности обычно отсутствуют.
- Нельзя не отметить и того, что изучению состояния полости М при эктопической локализации зародыша уделяется относительно небольшое внимание. Так, если во всех работах на эту тему отмечается избыточное утолщение Э, то качественные его УЗ-характеристики не рассматриваются. Эхосемиотика децидуально-гравидарного Э не систематизирована, а диагностическая ценность анализа его контуров и структуры нуждается в уточнении, что, безусловно, важно и для распознавания собственно ВМБ, и для проведения квалифицированной дифференциальной диагностики с функциональными циклическими нарушениями.
- В литературных источниках обычно разбираются довольно типичные варианты клинического течения и эхокартины, а об атипичных формах ВМБ, протекающих бессимптомно или под масками дисгормональных расстройств и негравидарной патологии (воспаление, органические изменения) М и Я, приводятся довольно поверхностные упоминания, без должной детализации диагностических нюансов. Вместе с тем, атипичная форма данного заболевания требует самого пристального и подробного рассмотрения, так как составляет (по разным данным) от 12 до 35% среди всех случаев трубной беременности.
- Вызывает некоторое удивление относительно скудная иллюстративная «оснащенность» литературных и учебных материалов. При этом большинство иллюстраций страдает излишней упрощенностью и поэтому не отражает всего спектра клинических реалий.
- По данным отечественных и зарубежных исследований за последние 5–7 лет, вся эхографическая симптоматика эктопической беременности базируется на результатах ТВ-УЗИ. С одной стороны, это совершенно верно, потому что сканирование ТВ-датчиком обеспечивает оптимальную визуализацию Пл/Я в МТр, а также наиболее достоверную оценку состояния Э и прочих вызванных внематочной имплантацией изменений в полости

м/таза. С другой стороны, общепринятое изучение эхосемиотики ВМБ только в ТВ-модификации автоматически отвлекло внимание ученых и практических врачей от обзорного сканирования, заранее, и часто априорно отведя ему роль малоинформативного метода, что, несомненно, является весьма серьезным упущением. В итоге далеко не все диагностические возможности трансабдоминального УЗИ изучены в полном объеме. Многие очень важные моменты остаются до сих пор невыясненными, а методические принципы и приемы нуждаются в доработке.

Приведенные выше тезисы (перечень которых может быть продолжен) показывают, что, несмотря на весьма обширную библиографию, проблема клинико-эхографической диагностики трубной беременности остается еще недостаточно освещенной в современной литературе. Некоторые вопросы нуждаются в дополнительном анализе и уточнении, а ряд положений должен быть рассмотрен подробнее и более наглядно иллюстрирован. В основном это касается раннего выявления эктопического Пл/Я, эхосимптоматики трубного аборта, атипичной формы клинического течения заболевания и дифференциальной диагностики. Также совершенно необходимо более углубленно и конкретно разобрать диагностические трудности и ошибки, являющиеся постоянными спутниками УЗ-распознавания ВМБ.

Актуальность своевременной, т.е. по возможности максимально ранней, а точнее — желательной при первом же обращении пациентки в УЗ-кабинет, эхо-диагностики ВМБ определяется двумя причинами. Во-первых, тем, что каждый случай развития Пл/Я вне М является тяжелой акушерско-гинекологической патологией, которая не только таит в себе непосредственную опасность для здоровья женщины, связанную с высоким риском (при неизбежном прерывании) массивного внутреннего кровотечения и шока, но и чревата неблагоприятными отдаленными последствиями. Во-вторых, УЗ-метод исследования служит главным звеном комплексного обследования (осмотр гинеколога, УЗИ, тестирование на ХГ) при подозрении на трубную беременность. Тем более что не менее 50% больных обращаются на УЗИ первично, без предшествующего гинекологического осмотра.

С другой стороны, ВМБ, несомненно, относится к одному из самых частых urgentных акушерско-гинекологических заболеваний и требует, независимо от выраженности клинических и ультразвуковых проявлений, а также сроков верификации, немедленной госпитализации с последующим, как можно более приближенным к моменту установления диагноза хирургическим лечением в виде лапароскопии или лапаротомии. Это диктует необходимость надежного и эффективного, объективного и быстрого распознавания данного недуга, зачастую чрезвычайно трудного и коварного в диагностическом отношении. Очень важен и тот факт, что своевременная диагностика внематочной имплантации (до появления симптомов разрыва **МТр** или массивного кровотечения при трубном аборте) детерминирует шадящий характер лечебных мероприятий и, главное, защищает больную от таких грозных осложнений, как болевой и/или геморрагический шок. Нельзя забывать и о том, что именно адекватное УЗ-выявление тех или иных признаков ВМБ позволяет существенно сократить продолжительность амбула-

торного и стационарного наблюдения и симптоматического лечения при хроническом течении патологического процесса, когда операция зачастую осуществляется для разрешения непонятной, тупиковой в плане дифференциации и лечебной тактики клинической ситуации, к тому же обычно значительно растянутой во времени и потому мучительной для больной.

Настоятельная потребность в качественной и оперативной УЗ-верификации трубной беременности определяется также наличием стойкой тенденции к возрастанию ее частоты во всем мире. Эта убедительно доказанная статистическая закономерность имеет особенно тревожное «звучание» в условиях России. Не секрет, что в нашей стране медико-демографические показатели отличаются неблагоприятным. Если в крупных российских городах они только приближаются к оптимальному значению и за последние три года всего лишь достигли удовлетворительного уровня, то в регионах — неуклонно ухудшаются. При этом трагизм ситуации усугубляется тем, что, как показывает ретроспективный анализ, от 58 до 73% женщин с ВМБ имели первоначальное желание сохранить беременность. Парадоксально, но эти цифры почти в два раза превышают аналогичный показатель у пациенток с нормальной, маточной беременностью.

Необходимость привлечения внимания к проблеме эходиагностики эктопической беременности обусловлена все еще низким уровнем УЗ-верификации этой патологии. Особенно на начальных этапах развития (прогрессирующая, ненарушенная ВМБ) и при атипичной форме заболевания; в несколько меньшей степени — при хроническом и подостром течении. В основном это касается распознавания трубной беременности на догоспитальном, амбулаторном этапе обследования, который, безусловно, является самым главным в диагностическом процессе, так как большинство пациенток с эктопической имплантацией или гинекологической патологией, протекающей под маской ВМБ, первично обращаются в ЖК или в гинекологические отделения (кабинеты) поликлиник. Именно врачами амбулаторной службы формируется первоначальное клиническое заключение, чрезвычайно важное для больной, потому что на его базе формулируются показания к стационарному лечению. Конечно, за исключением случаев острого течения заболевания, когда катастрофа (разрыв МТр или массивное кровотечение при трубном аборте) случается внезапно, на фоне бессимптомного начального периода и вне стен медицинского учреждения.

К сожалению, нужно признать, что разработанные уважаемыми зарубежными и московскими коллегами, несомненно, достоверные и авторитетные, мудрые и логичные диагностические алгоритмы, обеспечивающие в 73–86% правильную идентификацию ВМБ, в амбулаторных условиях часто не действуют. В первую очередь это объясняется тем, что предлагаемые тактические и методические принципы касаются, как правило, только стационарных больных, поступивших в больницы с уже известным первоначальным диагнозом (ВМБ, подозрение на ВМБ, другая гинекологическая патология) и результатами предшествующих клинических, эхографических и биохимических исследований. В амбулаторных же условиях обратившаяся за помощью женщина чаще всего представляет для врача «чистую страницу» и нуждается во всестороннем изучении и обследовании (осмотр гинеколога, тестирование на ХГ, УЗИ) прак-

тически с нуля. И только по его завершении становится возможным комплексный дифференциальный анализ целого ряда часто разрозненных и непонятных симптомов, завершающийся изложением первичного клинического диагноза, требующего в случае с ВМБ или при подозрении на нее незамедлительного направления в стационар.

Общеизвестно, что большинство ошибок и упущений, расхождений и недочетов при распознавании трубной беременности совершается как раз на амбулаторном этапе работы с больной. И дело тут вовсе не в низкой квалификации или недостаточной ответственности врачей при клинической помощи. Каждый гинеколог, каждый врач-УЗИ любой ЖК заранее настроен, можно сказать запрограммирован, на поиск и регистрацию симптомов эктопической имплантации. Более того, очень часто приходится сталкиваться с гипердиагностикой данного заболевания во время гинекологического осмотра и, реже, УЗИ. Суть проблемы — в объективных диагностических трудностях. Ведь не тайна, что только у женщин с острым или типичным течением ВМБ, а также в редких случаях однозначной УЗ-визуализации вне М Пл/Я с пульсирующим эмбрионом, клинко-эхографические проявления специфичны и верный диагноз (при отсутствии эмбрионального объекта в М и положительном тесте на ХГ) не вызывает сомнений. Во всех остальных наблюдениях, относящихся к ненарушенной трубной беременности или вариантам хронического, атипичного или подострого ее течения и составляющих 78–90% от общего числа больных, клинические и ультразвуковые проявления заболевания отличаются стертостью, неспецифичностью, неоднозначностью и противоречивостью. К сожалению, в силу постоянного действия указанных (и многих других) неблагоприятных факторов своевременная клинко-эхографическая диагностика эктопической имплантации на догоспитальном этапе обследования далека от совершенства. Больше того, ее нельзя признать даже удовлетворительной. Так, более чем в 50% случаев хирургические вмешательства в связи с ВМБ выполняются без предварительного установления правильного диагноза, несмотря на обязательные и обычно неоднократные УЗИ в период амбулаторного и даже стационарного наблюдения.

Отчасти это связано с тем, что в нестабильных экономических условиях России положение дел осложняется недостаточной оснащенностью акушерско-гинекологических УЗ-кабинетов современной аппаратурой с ТВ-датчиками и нередко — эксплуатацией устаревших и сильно изношенных эхотомографов. Однако последний фактор отнюдь не решающий, поскольку в экономически развитых странах (на примере Германии и Англии) дооперационная выявляемость эктопической беременности лишь на 6–10% превышает аналогичный российский показатель и, следовательно, также остается неудовлетворительной.

Приведенные выше, зачастую непреодолимые затруднения и недостатки наиболее остро проявляются на догоспитальном этапе работы с больной, в процессе которого объективные, организационные и технические трудности тесно переплетаются и усугубляются необходимостью работы в условиях дефицита времени и информации. Однако данный факт ничуть не освобождает врачей ЖК и гинекологических кабинетов (отделений) поликлиник, которым по праву принадлежит роль «передовой» в борьбе с таким грозным недугом, как ВМБ, от вы-

полнения грамотного инструментального и лабораторного обследования и проведения дифференциальной диагностики, нужных для формулировки по возможности раннего и объективного клинического заключения. Нет смысла еще раз подчеркивать огромную важность для пациентки этого предварительного диагноза, в котором устанавливается, предполагается или исключается ВМБ. Старый афоризм «без диагноза нет лечения» как нельзя лучше обозначает настоятельную потребность в квалифицированной диагностической помощи женщинам, с которыми случилось несчастье — развилась эктопическая беременность.

Настоящая книга посвящена вопросам амбулаторной диагностики ВМБ. Она написана с точки зрения врача и для врачей, работающих не в «тепличном климате» современного стационара клинической больницы, университета или научно-исследовательского института, а в реальных условиях повседневной практики ЖК; она написана не для высокооплачиваемых, но не всегда высококвалифицированных врачей частных гинекологических центров, отлично оснащенных технически, но имеющих дело с весьма ограниченным числом больных, а для многотысячной армии гинекологов и эхографистов государственного звена амбулаторного здравоохранения: для врачей, стоящих «на передней линии» борьбы с рассматриваемой здесь сложной и опасной патологией; для специалистов, ежедневно подавляемых морально и даже физически недопустимо высокими нагрузками, а также предельно завышенными требованиями к качеству работы; для врачей, получающих мизерные оклады и не имеющих практически никакой юридической защиты.

Цель монографии заключается в помощи врачам-УЗИ и гинекологам в максимально ранней и по возможности достоверной диагностике трубной беременности на догоспитальном этапе обследования больной.

* * *

Разумеется, некоторые высказанные в монографии мысли, декларируемые положения, подмеченные тенденции и предлагаемые рекомендации могут быть оспорены или, скажем так, рассмотрены под другим углом зрения. Иначе и быть не может, когда речь идет о такой сложной, многоплановой и противоречивой проблеме, как ВМБ. В целом же приведенная далее информация отражает объективную клиническую действительность и, следовательно, представляет собой определенную систему знаний, отражающих реальное положение дел... сквозь призму субъективного восприятия автора. *Но что есть знание, как не совокупность фактов и предположений, а также сомнений, оставшихся неопровергнутыми? Стоит лишь допустить, что существует закон превращения действительности в знания, — и все встанет на свои места.*

Глава I

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

ВМБ является одним из самых серьезных заболеваний репродуктивной сферы молодых женщин, поскольку требует обязательного и неотложного хирургического вмешательства, которое нередко осуществляется по экстренным, а иногда и по жизненно важным показаниям.

Термин **внематочная** или **эктопическая беременность** объединяет все случаи имплантации (нидации) и развития Пл/Я вне полости М: в МТр, в перешейке М или канале ШМ, комбинированную многоплодную беременность (в М и одновременно вне М); в Я, между листками широкой маточной связки, в брюшной полости. Самая же частая форма заболевания — трубная беременность (от 96,5 до 99,2%), поэтому как в практической работе, так и в литературе именно этот вариант эктопической нидации бластоцисты обычно и отождествляют с понятием ВМБ.

КРАТКИЙ ОБЗОР СТАТИСТИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

ВМБ — гравидарная (от лат. *gravitas* — тяжесть, т.е. беременность) патология чадородного возраста и наблюдается у 2–10 из 1000 женщин от 15 до 40 лет (и старше), с максимальной частотой в период наибольшей репродуктивной активности (20–35 лет).

Оценить действительную частоту этого заболевания по литературным сведениям довольно трудно, так как она рассматривается по отношению к различным показателям — числу беременностей, родов и т.д., а сами показатели характеризуются весьма широким диапазоном цифровых значений и существенно отличаются друг от друга в разных странах. Но для анализа общей картины целесообразно привести следующие данные: трубная беременность составляет от 2 до 12% от общего числа госпитализированных в гинекологические стационары, по отношению ко всем зарегистрированным беременностям — 1,2–2,2%; к родам — 1,6–4,7%.

Большинство авторов единодушны в том, что частота эктопической беременности в конце XX—начале XXI вв. постоянно возрастает и в настоящее время примерно в 2–3 раза превышает аналогичный показатель 5–7-летней давности.

В Великобритании, например, ежегодно регистрируются 10 000 случаев ВМБ. Изменяется и возрастной ценз заболевших за счет значительного увеличения числа эктопических имплантаций у юных (12–18 лет) и женщин старшего возраста (34–43 года).

Наиболее высокая заболеваемость отмечается в экономически развитых странах и, напротив, в государствах с низким социально-экономическим уровнем. Похожая тенденция присутствует и в такой огромной стране, как Россия, где частота ВМБ достигает предельных значений в крупных городах или, наоборот, в удаленных от промышленно-культурных центров провинциях.

Необходимо отметить, что помимо показанных выше общих закономерностей на частоту эктопических имплантаций существенное влияние оказывает группа так называемых местных факторов, в той или иной степени служащих факторами риска возникновения данной патологии. При этом, по мнению почти всех авторов, главная причина имплантации зародыша вне **М** заключается в нарушении *транспортной функции* яйцеводов вследствие механических (органических) повреждений, гормональной дисфункции или сочетания этих двух явлений. Как показывает анализ литературы, все обстоятельства, способствующие трубной имплантации бластоцисты, могут быть подразделены на основные (I–IV) и второстепенные.

I. Органическая патология МТр (40–52%).

Основная причина трубной имплантации — рубцово-воспалительные изменения яйцеводов, занимающие первое место в этиопатогенезе трубной беременности.

Во-первых, это относится к образованию пери- и интратубарных спаек, которые ограничивают проходимость трубы, создавая механические препятствия (единичные или множественные, локальные — в виде перетяжек или более протяженные участки стеноза) для продвижения эмбрионального комплекса к **М** → нарушается *тоннельная функция* трубы, замедляется транспорт зародыша. Во-вторых, при сальпингитах, особенно хронических, развиваются дистрофические изменения в эндосальпинксе в виде диффузного или очагового фиброза, что сопровождается уменьшением числа складок и сглаживанием рельефа. Повреждение реснитчатого аппарата понижает *адгезивный компонент* взаимодействия попавшей в трубу яйцеклетки со слизистой. В результате, до оплодотворения замедляются процессы денудации и продвижения женской гометы к месту оплодотворения; а после него — замедляется транспорт зародыша по **МТр** в полость **М**. Кроме того, поствоспалительные изменения эндосальпинкса приводят к более скудной секреции интратубарной жидкости, что также затрудняет тоннельную функцию. В-третьих, воспалительный процесс зачастую не ограничивается только слизистой, а распространяется на мышечную и серозную оболочки, что вызывает поражение нервно-мышечных элементов и, соответственно, искажение *сократительной функции*. Таким образом, после перенесенного сальпингита могут страдать все основные механизмы транспорта зародыша по **МТр**, что детерминирует значительную частоту ВМБ у данного контингента — в 6–7 раз выше, чем у всей «популяции», или, согласно некоторым публикациям, от 40 до 75% всех случаев трубной беременности.

Второстепенные факторы.

В ряде работ утверждается, что при использовании ВМК риск развития ВМБ повышается в 1,5–3,6 раза. В основном это объясняется увеличением, при наличии в **М** «спирали», вероятности возникновения и обострения воспаления **М** и ее придатков. В меньшей степени — связывается с повреждением реснитчатых клеток эндосальпинкса при «ношении» ВМК свыше ограниченного инструкцией срока. Впрочем, литературные сведения о «внематочногенном» действии внутриматочной контрацепции крайне противоречивы, а большинство авторов вообще отвергают таковое.

Реконструктивные операции на трубах после хирургической коррекции негравидарной патологии. Частота ВМБ колеблется от 5 до 10%, но существенно возрастает (до 25%) при устранении грубой рубцовой патологии дистального отрезка трубы. Если же реконструктивно-пластическая операция была выполнена в связи с ВМБ, то риск повторной эктопической имплантации составляет, при отсутствии патологии контрлатеральной трубы, 8–10%. При наличии же в ней изменений, независимо от того, устранены они во время первой операции или нет, вероятность повторной ВМБ возрастает до 20%. Относительно единственной, оставшейся после тубэктомии **МТр**: если она интактна, то риск повторной трубной беременности не превышает 6–7%, но увеличивается до 18–37% при наличии в ней рубцово-воспалительных изменений, даже после попытки их хирургической коррекции.

Наружный эндометриоз МТр встречается очень редко и, как причина органического поражения трубы, не может конкурировать (статистически) с поствоспалительными изменениями в этиопатогенезе трубной имплантации.

То же самое нужно сказать и о *врожденных аномалиях*, когда избыточные извитость и длина яйцеводов способствуют эктопической имплантации; а также о *тератодермоидных образованиях Я*, *параовариальных кистах* и *субсерозных узлах фибромиомы М*, которые, достигая крупных размеров, могут сдавливать просвет трубы, тем самым нарушая ее транспортную функцию.

II. Эндокринологические нарушения, из-за которых страдает моторика яйцеводов (32–35%). О важности эндокринной патологии в генезе ВМБ свидетельствуют многочисленные случаи имплантации Пл/Я в анатомически неизмененных трубах, частота которых, по данным разных авторов, колеблется от 17 до 65%.

Основные факторы: 1) *функциональные дисгормональные изменения* — постоянные (фоновые) или развивающиеся эпизодически патологические состояния, вызывающие дисбаланс в системе гипоталамус—гипофиз—**Я**, что приводит к неадекватной секреции эстрогенов и прогестерона (**П**) и, соответственно, искажению сократительной работы **МТр**; 2) *аденомиоз* (синонимы: диффузный эндометриоз **М**, внутренний эндометриоз) или сочетание аденомиоза с наружным эндометриозом и, значительно реже, только наружный эндометриоз. При этом аденомиоз (эндометриоз) расценивается в качестве пускового механизма как функциональных, так и иммунологических нарушений, сочетанно способствующих эктопической имплантации.

Примечательно, что обозначенные в настоящем разделе основные факторы ВМБ окончательно не изучены. В литературе пока нет более или менее однозначного и удовлетворительного ответа на вопросы — какая именно функцио-

нальная патология является фактором риска развития внематочной имплантации и как она действует на МТр? В то же время сам факт существования такой патологии (функциональных нарушений) отнюдь не отвергается. Упоминания о ней, правда в весьма неконкретной и лапидарной форме, присутствуют почти во всех изданиях, посвященных эктопической беременности. И только в трех статьях из всей обширной библиографии имеются отчетливые, но очень лаконичные указания на то, что повышенный уровень эстрогенов (гиперэстрогения) может вызвать длительный гипертонус мышечной оболочки МТр и тем самым способствовать внематочной имплантации. Данное положение представляется весьма важным, потому что, как показывает анализ многочисленных собственных наблюдений, примерно у 75–80% больных с трубной имплантацией отмечались (анамнестически) клинические признаки фоновой гиперэстрогении (нередко в сочетании со склонностью к гипертрихозу).

Второстепенные факторы.

Гормональные препараты, используемые для стимуляции I фазы цикла (индукторы овуляции), широко применяющиеся при лечении эндокринного бесплодия и в процессе подготовки к экстракорпоральному, примерно на 10% увеличивают риск возникновения ВМБ (особенно при гиперстимуляции Я). Это объясняется индуцированными (ятрогенными) нарушениями перистальтики труб. Кроме того, при осуществлении ЭКО, на этапе искусственной имплантации выращенной зиготы в М, возможен рефлюкс зародыша в МТр из-за повышенного тонуса миометрия.

Известны многочисленные исследования, рассматривающие *гормональные противозачаточные средства* как потенциальный фактор риска трубной нидации. Может быть это и справедливо, но только по отношению к оральным контрацептивам прошлых лет. Современные же комбинированные препараты не оказывают влияния на частоту ВМБ после их отмены и даже напротив — предотвращают возможность патологической имплантации.

Нельзя забывать и о таком механизме развития трубной беременности, как *миграция зиготы из полости М в МТр* вследствие запоздалой овуляции. Дело в том, что при необычно поздней овуляции в материнскую полость попадает незрелый и поэтому неспособный к внедрению в Э эмбриональный материал. Потом, из-за несостоявшейся нидации в полости М, секреторная функция желтого тела (ЖТ) несколько уменьшается → уровень П падает → наступает локальное (неполное) отторжение Э, хронологически совпадающее с очередной менструацией, → при этом зародыш регургитирует в трубу и уже дальше прогрессирует там.

III. Сочетание органического поражения МТр с эндокринологической патологией (20–28%).

В основном это касается воспалительных заболеваний придатков М, протекающих на фоне хронической гиперэстрогении, аденомиоза или наружного эндометриоза, а также воспалительных процессов в сочетании с функциональными циклическими нарушениями. Следует отметить, что третья группа факторов риска ВМБ, несмотря на явную очевидность, не получила еще заслуживающего того внимания исследователей. В статьях, монографиях и диссертациях имеются лишь отдельные упоминания о том, что у женщин с эндометриозом сальпинги-

ты протекают особенно тяжело, со склонностью к рецидивам и образованию грубых спаек. Последний факт обычно и рассматривается как причина повышенного риска эктопической имплантации.

Относительно же гормональных дисфункций принято считать, что они, вызывая нарушения моторики МТр, способствуют развитию сальпингита и, в дальнейшем, оказывают неблагоприятное влияние (в плане ВМБ), действуя сочетанно с поствоспалительными изменениями.

IV. Спорные, т.е. еще не подкрепленные вескими клиническими, статистическими и экспериментальными доказательствами, **факторы риска**. Их довольно много, но почти во всех работах фигурируют три момента, которые полезно повторить.

Повышенная биологическая активность зиготы. Помимо нарушения транспортной функции МТр неадекватность локализации бластоцисты (вне М) месту физиологической имплантации (в М) часто связывают с чрезмерно быстрым ростом оплодотворенной яйцеклетки. Предполагается, что это приводит к ускоренному появлению трофобласта и, следовательно, увеличению степени риска нидации не доходя полости М, в трубе. Данный фактор ВМБ носит гипотетический характер, так как причины столь бурного развития зародыша не выяснены.

Урбанизация. Неблагоприятное влияние городской инфраструктуры на репродуктивную сферу женщин известно и доказано давно. По-видимому, это и объясняет более высокую частоту ВМБ в экономически развитых странах (Северная Америка, Западная Европа), где зачастую процесс урбанизации распространился на значительную часть сельских районов. С другой стороны, высокая степень урбанизации отчасти поясняет повышенное число эктопических беременностей у жителей мегаполисов в странах, обладающих обширной территорией (Россия, Китай, Бразилия), и государствах с пониженным общим уровнем социально-экономического развития.

Курение. Согласно отдельным публикациям, риск эктопической имплантации у курящих женщин примерно в 1,5 раза выше, чем у некурящих, что обычно объясняется неблагоприятным действием никотина на реснитчатые клетки слизистой МТр и их моторику.

Также есть отдельные указания на повышенную частоту ВМБ у *женщин старшего возраста, имеющих в анамнезе аппендэктомию, перенесших психическую травму или находящихся в состоянии стресса и др.*

Подводя итог несколько затянувшемуся, но все равно неполному и поверхностному экскурсу в вопросы этиологии эктопической имплантации, основанному преимущественно на данных литературы, нужно подчеркнуть, что ВМБ, несомненно, является полиэтиологическим и многофакторным заболеванием. И конечно, нельзя забывать, что даже при самом пристрастном ретроспективном поиске факторов риска (у женщин, прооперированных по поводу трубной беременности) в 7–14% случаев генез эктопической нидации остается неуточненным.

Представляется интересной, особенно для эхографистов амбулаторного звена, попытка более, так сказать, приземленного — приближенного к условиям повседневной работы ЖК — статистического поиска. Установлено, что при интенсивном функционировании УЗ-кабинета, с максимальной загрузкой рабочего

времени (в две смены) число обследуемых женщин репродуктивного периода составляет около 7000 в год (за исключением пациенток, состоящих на учете по вынашиванию беременности). Из них примерно 23 — с ВМБ, подтвержденной последующим оперативным лечением, что равняется в среднем 0,33% от всех обследованных. На первый взгляд эта цифра кажется весьма скромной и даже незначительной по сравнению с такой часто встречающейся у молодых женщин патологией, как воспалительные процессы, овариальные дисфункции, эндометриоз, некоторые варианты кист Я, бесплодие. Вместе с тем, при пересчете данного показателя на количество пациенток (из указанных 7000), ежегодно проходящих УЗИ по поводу БРС или с подозрением на нее, удельный вес ВМБ возрастает и колеблется от 1,8 до 2,2%. Если же исключить из этого числа лиц, у которых факт зачатия не подтверждается, то частота ВМБ составляет в среднем 2,5%, что коррелирует с данными литературы.

Главные же статистические грани проблемы эктопической имплантации заключаются в том, что:

- 1) среди тяжелой, можно сказать экстремальной (как с точки зрения больной, так и с позиции УЗ-выявляемости), акушерско-гинекологической патологии, с которой приходится сталкиваться врачу-УЗИ в практической деятельности, трубная беременность занимает по частоте третье место после «грубых» функциональных нарушений и неразвивающейся беременности, но встречается чаще, чем врожденные пороки развития плода (при УЗ-мониторинге беременных), гинекологический рак и пузырный занос;
- 2) в ургентной гинекологии ВМБ занимает по частоте второе место после апоплексии Я;
- 3) удельный вес эктопических нидаций неуклонно увеличивается.

Приведенные сведения, наряду с «канонизированными» положениями об опасности ВМБ для здоровья и даже самой жизни женщины, а также о зависимости сроков, характера и объема операции от максимально раннего выявления заболевания, лишней раз подчеркивают актуальность качественной эходиагностики данной патологии. И в первую очередь — врачами УЗ-кабинетов ЖК и поликлиник, которым принадлежит ведущая роль в первичном распознавании как собственно эктопической имплантации, так и целой серии патологических состояний и заболеваний, требующих дифференциации с ВМБ.

ПАТОГЕНЕЗ И МОРФОЛОГИЯ

эктопической беременности детально изучены и подробно изложены в ряде фундаментальных работ, поэтому приводимая далее информация представляет обзорную компиляцию из них. В то же время освещение и повторение морфопатогенетических аспектов ВМБ весьма полезно для понимания ее эхографической семиотики, а также для сохранения привычного для читателя литературного стиля медицинской монографии. И наконец, в клинической медицине, и в первую очередь в лучевой

диагностике, аксиоматичным является положение о том, что наиболее успешными действия врача-УЗИ бывают в тех случаях, когда он ознакомлен не только с клинико-эхографической симптоматикой патологического процесса, но и хорошо представляет патогенез заболевания, которое ему предстоит распознать.

* * *

Механизм возникновения трубной беременности состоит в нарушении физиологического цикла миграции (транспорта) оплодотворенной яйцеклетки, что детерминирует имплантацию бластоцисты вне полости М. Поскольку основная роль в процессах оплодотворения и транспорта зародыша принадлежит МТр и она же служит самым частым местом (96,5—99,2%) патологической нидации, нужно кратко остановиться на вопросах анатомии и физиологии этого органа.

Топография МТр в полости малого таза, а также их размеры и форма отличаются значительной вариабельностью, но все же есть определенные общие моменты, позволяющие сформулировать закономерность.

Маточная труба (рис. 1) отходит от угла М и, располагаясь между листками широкой маточной связки, отклоняется кзади, сохраняя на протяжении 15—25 мм чаще всего горизонтальное положение, реже — направляется несколько вверх. Затем яйцевод изгибается резко вниз, дугообразно опускаясь до уровня перешейка М. Труба состоит из 4 отделов, общей длиной 9—14 мм.

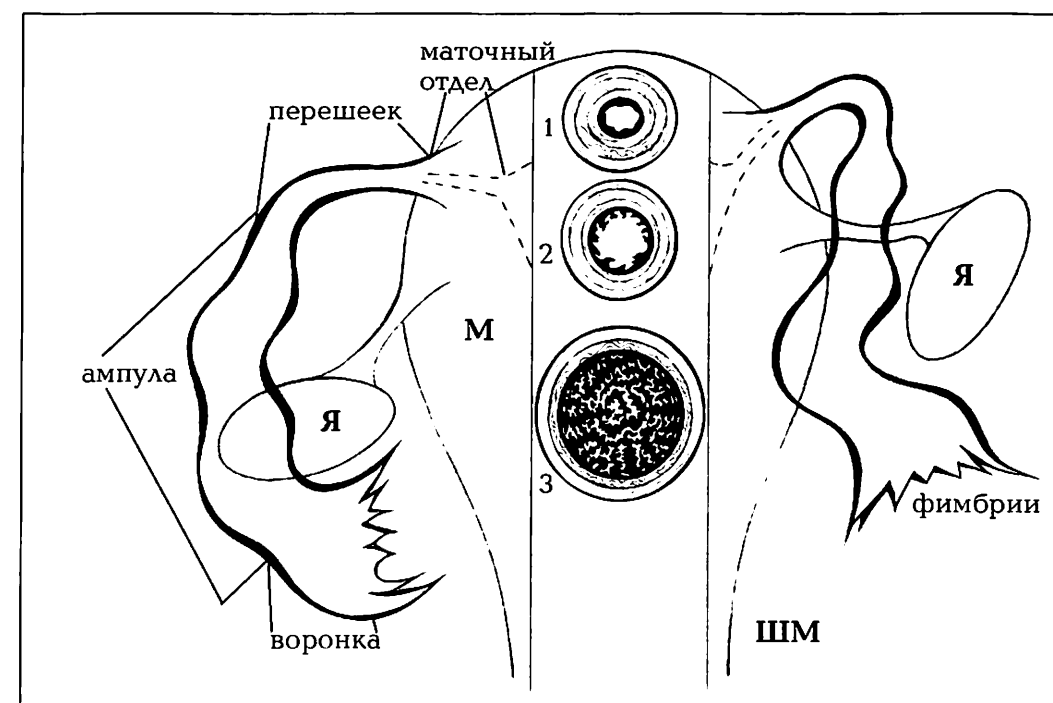


Рис. 1. Строение маточных труб
(по И.М.Грязновой, 1980 и А.Н.Стрижакову с соавт., 1998):
1, 2, 3 — поперечные сечения МТр на разных уровнях:
1 — маточный отдел; 2 — перешеек; 3 — ампула.

Маточная часть (интрамуральная, интерстициальная), по существу, является продолжением трубного «кармана» полости **М**. Проходит в толще миометрия. Длина 10 мм, просвет около 1 мм в $\emptyset$.

Перешеек (истмический отдел) или проксимальный отрезок экстраутеринальной части яйцевода. Длина 25–50 мм, просвет 3–4 мм.

Ампула (ампулярный отдел), — средняя и дистальная части трубы длиной 60–100 мм. Просвет неравномерный. Так, если на границе с перешейком диаметр его 4–6 мм, то в нижней трети просвет расширяется до 10–15 мм.

Воронка — конечный отрезок **МТр**, расширенный до 20–25 мм, открытый в брюшную полость. Брюшное (фимбриальное) отверстие окаймлено многочисленными заостренными выростами — бахромками или фимбриями длиной в среднем 8–10 мм.

Стенка **МТр**, как и у любого другого полого внутреннего органа, состоит из трех слоев.

Серозная (наружная) оболочка формируется из брюшины широкой маточной связки и покрывает почти всю поверхность трубы, а по нижнему краю образует брыжейку (мезосальпингс).

Мышечный аппарат (миосальпингс) построен из продольных и циркулярных гладких мышц, деятельность которых регулируется секрецией эстрадиола и **П**. Причем в ампуле прослеживаются два слоя — наружный продольный и внутренний циркулярный, а перешеек и маточный отдел содержат три слоя — наружный и внутренний продольный и среднециркулярный. Выраженность мышечной оболочки нарастает от воронки к маточному отделу. В последнем мощный циркулярный мышечный слой выполняет роль трубно-маточного сфинктера.

Внутренняя, эпителиальная оболочка (эндосальпингс) отделена от миосальпингса собственной подслизистой пластинкой, которая выражена очень слабо, так как состоит из тонкого слоя рыхлой соединительной ткани.

Слизистая **МТр** складывается из множества складок и ворсинок, выступающих в просвет, поэтому на разрезе (рис. 1) он выглядит фестончатым. Степень сложности рельефа тубарного эпителия (количество, размеры, плотность расположения складок и ворсинок) наибольшая в ампуле и убывает ближе к трубно-маточному сфинктеру. Выраженность складчатости эндосальпингса зависит не только от топографии, но и от фазы менструального цикла. Максимальная толщина и число складок с множественными вторичными микроворсинками отмечается в ранней и средней стадиях второй (секреторной) фазы цикла. Клеточный состав эпителия включает реснитчатые, секреторные и базальные клетки. Первые два типа клеток распределяются неравномерно в разных отделах яйцевода. Реснитчатые доминируют в воронке и ампуле, а по направлению к маточному отделу число их резко уменьшается. Секреторные же клетки, наоборот, преобладают в перешейке и слабо выражены в ампуле. Своеобразный характер рельефа и распределения клеток в слизистой оболочке **МТр** позволили А.Н.Стрижакову и А.И.Давыдову с соавт. (1998) «обосновать положение о морфо-функциональной специализации» различных ее отделов: 1) фимбрии и воронка осуществляют захват яйцеклетки; 2) в воронке и, преимущественно, в дистальном и среднем от-

делах ампулы происходит денудация (дозревание) яйцеклетки; 3) в верхней трети ампулы или на границе ампулы и перешейка — оплодотворение; 4) перешеек является зоной активной секреции биологической жидкости, необходимой для оплодотворения для капацитации сперматозоидов, а после оплодотворения — для поддержания жизнедеятельности зиготы—морулы—бластоцисты; 5) маточный отдел служит временным резервуаром спермы, где происходит предшествующая капацитации выбраковка патологических форм сперматозоидов.

Что же касается мышечной оболочки, то функция ее состоит в осуществлении адекватной контрактильной работы, нужной как для захвата ооцита и продвижения его к месту оплодотворения, так и для транспорта бурно развивающегося зародыша в полость **М**.

Комплекс перечисленных процессов обеспечивается нормальным анатомическим строением и функциональной полноценностью яйцеводов. Понятие нормальной анатомии **МТр** требует сочетания нескольких условий: во-первых, исключения врожденных пороков развития; во-вторых, беспрепятственной проходимости; в-третьих, отсутствия (даже при сохраненной проходимости) органических повреждений в виде поствоспалительных фиброза и рубцов, перитубарных спаек, эндометриоза и др. Функциональная полноценность труб предполагает наличие сбалансированной гормональной регуляции, детерминированной нормальной функцией **Я**, а точнее — гипоталамо-гипофизарно-овариальной системы, на протяжении всего трубного периода репродуктивного цикла.

* * *

Независимо от локализации **Пл/Я** в **МТр**, которая кстати определяет патогенетические и клинические варианты течения заболевания, для всех случаев **ВМБ** характерны три обязательные, последовательные и взаимообусловленные фазы: 1) патологическая nidация оплодотворенной яйцеклетки; 2) прогрессирующая (ненарушенная) беременность; 3) прерывание (нарушение) трубной беременности.

I. Имплантация зародыша в трубе

Чаще всего, по сводным литературным данным в 63–88% наблюдений трубная имплантация бластоцисты отмечается в ампуле. Значительно реже (12–35%) — в перешейке, и совсем редко (1,5–2%) — в маточном отделе **МТр**. Наиболее типична правосторонняя эктопическая беременность (57–78%), что объясняется более высокой овуляторной активностью правого **Я**.

Вне зависимости от действующего в данном конкретном случае **ВМБ** этиопатогенетического фактора (или группы факторов) имплантация в эндосальпингс задержавшегося в **МТр** зародыша возможна, только когда он достиг на 4–6 сутки после оплодотворения фазы бластоцисты, имеющей наружную оболочку в виде трофобласта. Именно трофобласт обладает очень высокой, по сравнению с ок-

ружающими материнскими тканями, инвазивной и ферментативной активностью, обеспечивающей внедрение (имплантацию, погружение, нидацию) бластоцисты в слизистую. Помимо инвазивной функции трофобласт секретирует необходимый для поддержания беременности хорионический гонадотропин (ХГ), который может быть обнаружен в крови на 4–6, а в моче на 6–8 сутки после зачатия.

Полезно напомнить, что до погружения эмбрионального комплекса в эндосальпинкс в просвете яйцевода происходят довольно значительные события, предшествующие трубной нидации или, при благоприятном исходе, предотвращающие ее.

Несомненно, что далеко не все «заблудившиеся» в МТр зародыши успевают развиваться до уровня бластоцисты. Не менее 50% из них погибают в трубе на более ранних стадиях: либо из-за генетической неполноценности зиготы или морулы, либо из-за недостаточности протеинового состава трубного секрета, не обеспечивающего жизнедеятельности оплодотворенной яйцеклетки. После гибели микроскопический эмбриональный материал растворяется в интратубарной жидкости или изгоняется за счет рефлекторных волн антиперистальтики в брюшную полость, где опять же растворятся ферментами перитонеальной жидкости.

В тех случаях, когда находящийся в МТр зародыш все же развивается до фазы бластоцисты, включается еще один, по всей вероятности — главный и последний, защитный механизм.

Весьма надежным барьером, предотвращающим женщину от ВМБ, служит иммунологический конфликт между трофобластом Пл/Я и материнским эндосальпингсом, в результате которого более 70% зародышей, достигших уровня бластоцисты, погибают и отторгаются (в предимплантационном периоде) вследствие антигенной несовместимости*.

Таким образом, женский организм располагает как минимум двумя превентивными механизмами, в большинстве случаев предотвращающими эктопическую нидацию даже тогда, когда этиологические факторы, способствующие развитию ВМБ, вступают в действие: 1) прекращение жизнедеятельности оплодотворенной яйцеклетки до превращения ее в бластоцисту; 2) отторжение и гибель бластоцисты из-за иммунологической несовместимости тканей матери и эмбриона. Благодаря им основная часть зародышей, по тем или иным причинам не попавших в полость М, погибает в МТр, что в значительной степени определяет относительно низкую частоту ВМБ.

Из приведенных данных ясно, что наряду с обязательным развитием зиготы до уровня бластоцисты «победа» последней в иммунологическом конфликте с

* Клетки бластоцисты несут на поверхности антигены. Причем генетически часть из них обязана своим происхождением отцу, т.е. является чужеродной для тканей матери. Следовательно, с точки зрения антигенной совместимости зародыш по отношению к материнскому организму — трансплантат, антигены которого неизбежно вступают в борьбу с иммунокомпетентными клетками эндосальпинкса. Аналогичный процесс наблюдается и в полости М, но процент гибели бластоцист там ниже, так как секреторный Э является специализированной тканью, предназначенной для внедрения и роста эмбриона.

материнской слизистой является одним из главных условий имплантации и, соответственно, начальным ее этапом. Затем вырабатываемые трофобластом гистолитические ферменты осуществляют локальную деструкцию покровного эпителия слизистой оболочки трубы. В образовавшийся поверхностный дефект частично опускается бластоциста. Такова первая, *неинвазивная стадия* нидации, занимающая несколько часов, необходимых для ориентации антигенов Пл/Я относительно лимфоцитов матери и преодоления иммунозащитного барьера слизистой, первичного лизиса однослойного поверхностного эпителия и частичного погружения бластоцисты в эндосальпинкс.

Вторая, *инвазивная стадия* имплантации, неразрывно следующая после первой, характеризуется интенсивным внедрением Пл/Я в слизистую МТр, что обеспечивается преимущественным развитием на данном этапе оболочки зародыша — трофобласта. При этом, сначала, секретируемые им протеолитические ферменты разрушают контактирующие с бластоцистой участки эндосальпинкса, что создает необходимый «простор» для инвазии. Потом в образовавшиеся межтканевые промежутки стремительно врастают клетки трофобласта, формируя первичные трофобластические тяжи. Высокий темп роста эмбрионального эпителия объясняется: во-первых, его избыточной пролиферативной активностью, детерминированной низкой степенью дифференцировки клеточного состава; во-вторых, генетически обусловленной развитой способностью к проникающему, местнодеструктирующему распространению; в-третьих, непрерывной секрецией трофобластом протеолитических ферментов. Совокупность данных качеств определяет мощный инвазивный потенциал трофобласта, позволяющий ему врастать в любые мягкие ткани репродуктивных органов.

После появления первичных трофобластических выростов (тяжей), направленных внутрь эндосальпинкса, в толще их развивается незрелая соединительная ткань, пронизанная тонкими сосудами, — формируются ворсины хориона*, снаружи покрытые трофобластическим эпителием. Благодаря этому они продолжают активно врастать в слизистую, буквально «втягивая» за собой бластоцисту. В результате за 1,5–2–3 дня зародыш (0,2–0,5 мм Ø) полностью погружается в эндосальпинкс на глубину 0,8–2 мм, а первичный дефект над ним быстро закрывается пограничными участками интактного покровного эпителия. На этом имплантация Пл/Я в МТр, продолжающаяся в течение 2–4 дней после образования бластоцисты, завершается на 7–10 сутки после зачатия. В результате в слизистую оболочку трубы проникает биологически активный (из-за низкой дифференцировки клеток), чужеродный для эндосальпинкса (неприспособленного, как Э, для вынашивания беременности), агрессивный (в силу резко выраженной способности хориальных ворсин к проникающему росту) эмбриональный объект, дальнейшее «поведение» которого сопоставимо с неожиданным вторжением хорошо вооруженной и очень опасной диверсионной группы на мирную и не подготовленную к нападению (и потому — беззащитную) территорию.

* Хорион подразделяется на ворсинчатый, функция которого — инвазия в материнской слизистой и за счет этого «питание» всего зародыша; и гладкий — замыкает эмбриональную полость.

II. Прогрессирующая, или ненарушенная, трубная беременность

Довольно короткий период (1–2–3,5 нед. после имплантации) относительно спокойного развития эктопического Пл/Я, протекающий без серьезных повреждений окружающих тканей (в первую очередь сосудов) **МТр**.

Морфологически, при любой локализации зародыша в трубе, характер ненарушенного прогрессирования ВМБ (как и неизбежность ее прерывания) определяется неприспособленностью яйцеводов к поддержанию нормального течения гравидарного процесса. Дело в том, что в отличие от полости **М**, в **МТр**: 1) отсутствует необходимый для успешного развития беременности объем слизистой; 2) практически не наблюдается децидуальной трансформации эндосальпинкса, обеспечивающей в норме формирование децидуальной оболочки Пл/Я, которая в физиологических условиях ограничивает инвазию ворсин хориона в стенку **М**; 3) слабо выражена фиброзная подслизистая пластинка между эндо- и миосальпингсом; 4) тонкий мышечный слой не может быть существенным препятствием для проникающего, местно-деструктирующего роста ворсинчатого хориона.

Начальная стадия прогрессирующей трубной беременности заключается в формировании плодместилища (за 3–4 дня) из оболочек трубы. Причем в различных отделах (ампула, перешеек) данный процесс, так же как и дальнейшее течение заболевания, происходит по-разному (рис. 2).

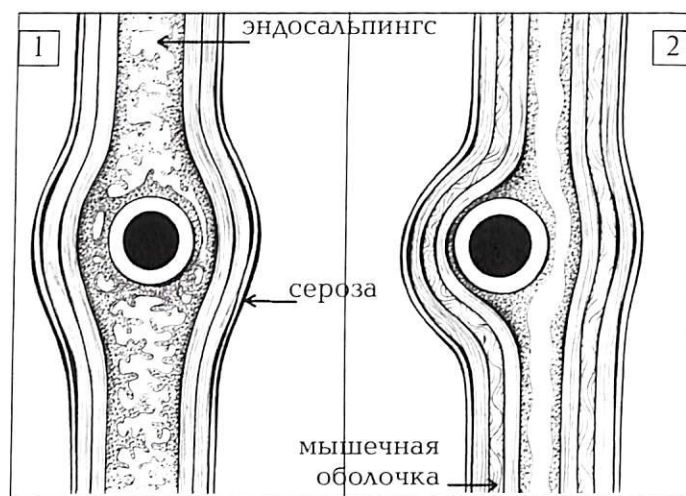


Рис. 2. Схема формирования плодместилища в **МТр**:
1 — ампула (ампулярный отдел);
2 — перешеек (истмический отдел).

оказывается со всех сторон покрытым именно элементами эндосальпинкса, составляющими капсулу плодместилища. При этом эмбриональный объект располагается центрально — непосредственно в просвете трубы.

В перешейке (10–30% трубных имплантаций), где имеется небольшое число незначительно выступающих в просвет низких продольных складок, а сама слизистая более тонкая, чем в ампуле, внедряющаяся в эндосальпинкс бластоциста

В ампуле (самая частая локализация ВМБ, 70–90%), слизистая которой представлена многочисленными высокими складками с множественными ответвлениями (отростками, ворсинками), заполняющими почти весь просвет, наиболее типично внедрение зародыша в одну из выступающих в просвет **МТр** складок (рис. 2.1). Затем, вследствие погружения в нее бластоцисты, а также «напыления» на зону имплантации близлежащих отделов покровного эпителия и тесного контакта с другими складками и ворсинками слизистой, Пл/Я

окружена (рис. 2.2): со стороны просвета — эндосальпингсом, образующим внутреннюю капсулу плодместилища, а снаружи — мышечной оболочкой стенки трубы. Имплантированное в перешейке Пл/Я, в силу анатомических особенностей этого отдела (в отличие от ампулы: более узкий просвет, тонкая и преимущественно гладкая слизистая, более мощный мышечный слой), располагается эксцентрично — внутриворсинчатно, так как не менее чем на 65–70% погружено в толщу стенки трубы. К моменту окончания образования плодместилища срок беременности обычно составляет 2 или 2–3 недели.

В дальнейшем прогрессирование ненарушенной трубной беременности определяется инвазией ворсинчатого хориона в окружающие его ткани трубы и, в меньшей степени, увеличением размеров самого Пл/Я. При этом, по сравнению с периодом прерывания, не происходит существенного повреждения вовлеченных в зону инвазии тканей, что и обуславливает относительно бессимптомное течение патологического процесса. С точки зрения взаимоотношений между растущим зародышем и оболочками **МТр** данный период существования ненарушенной ВМБ может расцениваться как *стадия атравматичного развития*. Так же как и формирование плодместилища, атравматичное течение беременности в ампуле и перешейке имеет значительные, патогенетически и клинически принципиальные различия.

В ампулярном отделе, когда Пл/Я располагается в просвете яйцевода и окружено со всех сторон слизистой, распространение ворсин хориона ограничивается эндосальпингсом и почти всегда направлено в сторону «полости» **МТр**. То есть наблюдается *интратубарный рост* ворсинчатого хориона с инвазией только слизистой, без поражения мышечной оболочки. Параллельно нарастают размеры амниотической камеры, что, совместно с увеличением объема хориона, растягивает просвет трубы, которая приобретает симметрично расширенную, веретенообразную форму. Нужно отметить, что внедряющийся в эндосальпинкс хорион довольно быстро прорастает небольшой (по сравнению с **Э**) объем рыхлой слизистой. В связи с этим продолжительность стадии атравматичного развития ампулярной беременности короче, чем при локализации в перешейке. Так, после формирования в ампуле плодместилища, до полного прорастания его с последующим неизбежным нарушением целостности, обычно проходит 1–2 недели. Продолжительность же всего периода прогрессирующей ампулярно-трубной беременности (I фаза) обычно составляет 1,5 недели (до 3–4 НБ).

В перешейке, как было отмечено, наблюдается внутриворсинчатое расположение Пл/Я, ворсинчатый хорион которого направлен в сторону мышечной и серозной оболочек, что детерминирует *экстратубарный рост* ворсинок. Причем разрушение и инфильтрация хориальными ворсинами тонкой слизистой данного отдела **МТр** совершается уже в процессе формирования плодместилища. Слабо выраженный (аморфный) подслизистый слой, в истмическом отделе еще менее развитый, чем в ампуле, также не служит серьезной преградой для инвазии. В силу указанных трех факторов фаза атравматичного течения прогрессирующей истмической беременности начинается сразу с врастания хориона в мышечную оболочку трубы. Дальнейшее ненарушенное развитие заболевания связано с местно-деструктирующим распространением хориальных элементов в мы-

шечной стенке **МТр**. Разумеется, этот процесс протекает с прорастанием мелких интрамуральных сосудов. Излившаяся из них кровь в основном всасывается хорионом, что обеспечивает удовлетворительную жизнедеятельность Пл/Я и, следовательно — почти адекватное (соответствующее нормальной гравидарной хронологии) развитие желточного мешка и эмбриона. Однако размеры самой амниотической полости всегда несколько отстают от физиологических параметров. В меньшей степени поступающая из поврежденных сосудов кровь скапливается перихориально, но никогда не «прорывается» в просвет **МТр** из-за небольшого объема гематомы. В связи с этим интра-экстратубарного кровоизлияния не происходит, что определяет «бедность» клинической симптоматики прогрессирующей в перешейке трубы беременности.

Макроскопически в месте локализации Пл/Я перешеек неравномерно (булавовидно) утолщен с асимметричным, из-за экстратубарного роста, выбуханием патологического участка. Серозный покров трубы гиперемирован, с цианотичным оттенком.

Длительность фазы атравматического течения (2–3 нед.) перешеечно-тубарной беременности, когда развитие эмбрионального объекта происходит в миосальпинксе, больше, чем при ампулярной локализации (1–1,5 нед.), для которой характерен рост зародыша в эндосальпинксе. Это объясняется тем, что мышечная ткань (объем которой в перешейке значительно превышает тонкий миосальпинкс ампулы), пронизанная множественными фиброзными прослойками и тяжами, является более плотной и резистентной средой для инвазии ворсинами хориона. В целом фаза ненарушенного прогрессирования, включающая стадии формирования плодместилища и атравматического развития, продолжается до 4 – 5-6 (редко) НБ.

Целесообразно напомнить, что в фазе прогрессирующей беременности наблюдается удовлетворительная секреция ХГ трофобластическим эпителием хориона, обусловленная наличием интимного, пока еще не нарушенного контакта хориальных ворсин с окружающими тканями трубы. Соответственно, в данный период ВМБ тестирование на ХГ (моча, кровь) всегда оказывается положительным. Вместе с тем, уровень этого гормона в сыворотке крови как правило ниже, чем при нормальной (маточной) беременности того же срока, поскольку эктопический трофобласто-хорион существует в менее благоприятных условиях, чем в полости М.

III. Прерывание (нарушение) тубарной беременности

Неприспособленность **МТр** к вынашиванию беременности и инвазивная агрессия ворсинчатого хориона предопределяют неизбежный финал — нарушение целостности анатомических структур трубы в области Пл/Я с последующим прерыванием ВМБ. В этой связи уместно повторить известный в акушерско-гинекологической литературе афоризм: «Плодное яйцо создает для себя в стенке трубы не только гнездо, но и роет могилу».

Трубный аборт

типичен для локализации ВМБ в ампуле **МТр** и поэтому встречается значительно чаще (70–90%), чем разрыв трубы.

Началом прерывания (в 3 – 4-5 НБ) ампулярной беременности, при которой зона инвазии ограничена эндосальпингсом, а Пл/Я располагается в просвете трубы, считается полное прорастание хорионом слизистой оболочки с нарушением ее целостности. Это вызывает появление дефекта, сперва небольшого, внутренней капсулы интратубарного плодместилища.

Как известно из нормальной эмбриологии, ворсины хориона прогрессирующей в М (нормальной) беременности разрушают прилегающие к ним участки Э. На их месте образуются физиологические лакуны, заполненные материнской кровью, в которые свободно погружены ворсинки. Причем в эти лакуны открываются капиллярные сети как «отдающей» кровь материнской слизистой, так и впитывающих ее хориальных ворсин. Таков, вкратце, механизм кровоснабжения зародыша.

При ВМБ, когда одна или группа хориальных ворсинок полностью прорастает тонкую слизистую яйцевода, в образовавшийся точечный или щелевидный дефект сразу изливается содержащаяся в лакунах кровь. Развивается незначительное (местное) интратубарное кровоизлияние, которое, однако, не прекращается, так как в первичный дефект постоянно поступают небольшие порции крови из обнажившихся сосудов хориона и эндосальпинкса. Попавшая в просвет **МТр** кровь в основном скапливается в области Пл/Я (*околозародышевая или ретрохориальная интратубарная гематома*), чему способствует ветвистый рельеф эндосальпинкса, и в меньшей степени стекает к фимбриальному отверстию.

Необходимо напомнить, что в условиях тубарной имплантации интенсивность естественного ретрохориального кровотечения всегда повышена*, поэтому незначительный (в начале процесса нарушения ВМБ), но уже избыточный объем крови накапливается между ворсинами хориона и эндосальпингсом, формируя не физиологические кровосодержащие лакуны, а патологическую *подслизистую гематому*.

Параллельно продолжается кровотечение в просвет трубы, которое, с одной стороны, поддерживается вскрывшимися во время начального повреждения плодместилища сосудами хориона и эндосальпинкса; с другой стороны — усиливается из-за проникающего роста других ворсин, вызывающего увеличение первичного поражения и появление новых дефектов. Объем небольшой ретрохориальной гематомы увеличивается, что приводит к формированию более крупной *околозародышевой интратубарной гематомы*. Одновременно отмечается нарастание и прогрессирующее распространение подслизистой гематомы вдоль оболочек Пл/Я, постепенно отслаивающей его от ложа. Данный процесс усугубляется слиянием подслизистой и ретрохориальной гематом, что приводит к усилению кровоизлияния в просвет **МТр** и ускорению отслойки Пл/Я с нарушением

* Например, из-за отсутствия в эндосальпинксе децидуальной оболочки (как в М), а также вследствие свойственной эктопической nidации недостаточной продукции П желтым телом Я.

кровообращения эмбриобласто-эмбриона. В это же время происходит частичное пропитывание тканей зародыша кровью. В результате отслойки эмбрионального объекта и индукции его кровью эмбриобласт погибает (ориентировочно в 4 НБ) и растворяется в амниотической жидкости или уплощается, сливаясь с амниотической оболочкой, — развивается анэмбриония.

Весьма существенно, что смерть эмбриона еще не означает полного прекращения гравидарного процесса в МТр. Это далеко не так. В случае неполной отслойки Пл/Я, даже после гибели главного субстрата беременности — эмбриона, часть хориальных ворсин, не потерявших интимной связи с плодместилищем, длительное время сохраняет жизнедеятельность. Более того, они продолжают продуцировать ХГ, увеличиваться в размерах и разрушать ткани трубы. Учитывая данный факт, представляется возможным выделить два морфологических варианта течения трубного аборта, встречающихся с примерно одинаковой частотой.

1. При **полной отслойке Пл/Я** (46%), что наблюдается в случае роста ворсин хориона преимущественно в сторону просвета трубы, отделившийся от интратубарного ложа и погибший зародыш изгоняется антиперистальтическими сокращениями МТр в ее дистальные отделы. Окончательная эвакуация Пл/Я из яйцевода в полость м/таза (полный трубный выкидыш) отмечается редко. Чаще всего, как показывают операционные находки, Пл/Я располагается (задерживается) в области воронки (неполный трубный аборт). Обычно попытки изгнания его повторяются неоднократно, поэтому течение трубного аборта иногда бывает длительным, до 7–8 НБ*. Оно тем длительнее, чем дальше от фимбриального конца локализуется ВМБ. В момент отслойки Пл/Я от стенки трубы кровоизлияние в ее просвет (а потом и в полость м/таза) усиливается вследствие повреждения более крупных сосудов и может стать массивным. Характерно, что кровотечение из бывшего плодместилища продолжается из вскрывшихся во время отслойки сосудов (к тому же избыточно развитых) и после полного отделения зародыша от ложа. Интратубарное кровотечение усиливается и в ряде случаев становится обильным из-за травмирующего воздействия на поврежденные сосуды волн антиперистальтики, выталкивающих концепт в область воронки. С этой точки зрения каждая попытка изгнания Пл/Я из МТр чревата массивным кровотечением.

Нужно напомнить, что даже после отслойки и частичного изгнания зародыша в области плодместилища часто сохраняются отдельные хориальные ворсинки или их элементы. Они могут, в силу высокой степени жизнеспособности незрелых эмбриональных тканей, довольно долго существовать в стенке трубы, так сказать, в автономном режиме, т.е. персистировать без связи с погибшим и отторгнутым Пл/Я. В связи с этим при полной отслойке Пл/Я в сыворотке крови выявляются пониженные уровни ХГ, а мочевого грави-тест у 75–80% больных бывает положительным. Кроме того, остатки ворсинчатого хориона, сохранившие свойства проникающего роста, служат источником повторного кровотечения.

Продолжительность первого варианта трубного аборта, складывающегося из нарушения целостности плодместилища, полной отслойки зародыша и изгнания, обычно составляет 2–3 недели, что соответствует 5–7 (редко 8–9) НБ.

* Разумеется, только в тех случаях, если патология не была распознана своевременно.

2. **Частичная отслойка Пл/Я** (52%) наблюдается при имплантации бластоцисты в основание складки слизистой, рядом со стенкой ампулярного отдела МТр. В этом случае рост ворсинчатого хориона направлен не только в просвет, но и, правда в меньшей степени, в сторону тубарной стенки, что приводит к вращению группы ворсинок в пристеночный эндосальпинкс и затем в мышечную оболочку.

Механизм отслойки такой же, как и в первом варианте трубного аборта, но, в отличие от него, полного отделения (и соответственно — изгнания) зародыша не происходит. Внедрившиеся в стенку МТр ворсины хориона удерживают Пл/Я пристеночно. И хотя под воздействием подслизистой и ретрохориальной гематом находящийся в просвете яйцевода зародыш большей частью отслаивается от ложа, сам эмбриональный комплекс как бы прилипает к стенке трубы, сохраняя с последней (естественно, с помощью имплантированных ворсинок) интимную связь. Это состояние довольно устойчиво, и, несмотря на рефлекторно развивающиеся антиперистальтические мышечные сокращения, направленные на удаление патологического содержимого, продолжительность фазы прерывания ампулярной беременности увеличивается (до 7, иногда до 8–9 НБ)*.

Своеобразной чертой нарушенной ампулярно-трубной беременности с частичной отслойкой Пл/Я является более длительное сохранение жизнедеятельности эмбриона, пролонгируемой в 45–58% случаев до 5–6 НБ (и выше) благодаря более или менее полноценному «питанию» зародыша хориальными ворсинами, вросшими в стенку МТр. Фактически прерывания ВМБ как такового не происходит. В указанной ситуации имеет место продолжение прогрессирования трубной беременности, но уже на фоне ее неполного нарушения. Примечательно, что развитие эктопического Пл/Я протекает в условиях хронической гипоксии и поэтому его размеры на 20–30% отстают от физиологических (в М) показателей.

В других наблюдениях эмбриобласто-эмбрион погибает на более ранних сроках из-за анатомической и функциональной неполноценности небольшого числа ворсинок, соединяющих Пл/Я с материнскими тканями. Однако даже после гибели эмбриона элементы хориона, внедрившиеся в МТр, обычно продолжают развиваться в ее стенке — отмечается извращенное (ложное) прогрессирование ВМБ, осуществляемое не за счет роста амниотической полости и эмбриона, а путем увеличения объема имплантированных в стенку трубы хориальных ворсин.

Частичная отслойка, так же как и I вариант трубного аборта, сопровождается кровотечением в просвет трубы, интенсивность которого меньше, чем в первом случае. Интратубарное кровоизлияние, как правило, происходит в виде незначительного подтекания крови из поврежденных, при неполной отслойке, обычно мелких сосудов внутреннего плодместилища. Оно несколько усиливается во время антиперистальтических сокращений, которые на протяжении все-

* Приводимые цифры длительности обоих вариантов трубного аборта имеют клиническое значение лишь при сочетании двух очень важных моментов: 1) если в процессе прерывания ампулярной беременности не произошло массивного кровотечения, требующего экстренной операции; 2) если, как уже отмечалось, заболевание не было диагностировано на более ранних этапах своего развития.

го описываемого периода пытаются ускорить окончательное отделение и эвакуацию зародыша. Параллельно ворсины хориона продолжают свою разрушительную работу в стенке трубы. Однако скорость врастания в миосальпинкс сохранившихся ворсин замедляется, поскольку они постоянно находятся в условиях гипоксии. Поэтому, полное прорастание мышечной оболочки и серозы с разрывом трубы в данной ситуации встречается крайне редко. В персистирующих хориальных ворсинках возникают дегенеративно-дистрофические изменения, а слой трофобластического эпителия истончается (но продолжает продуцировать на протяжении всего периода прерывания пониженные уровни ХГ, дающие положительную реакцию при тестировании крови и мочи). Обмен крови на уровне трофобласт-материнские ткани замедляется, что наряду с травмирующим действием хориона способствует нарастанию объема ретрохориального и подслизистого скопления крови. Они сливаются друг с другом, образуя общую околозародышевую гематому, одновременно с этим отслаивая Пл/Я от внутреннего ложа, и рано или поздно вскрываются в просвет трубы. Развивающаяся травма слизистой рефлекторно вызывает стимуляцию антиперистальтического комплекса, которые обычно довершают полную отслойку эмбрионального комплекса. Почти всегда (даже если полной отслойки Пл/Я не происходит) эти процессы сопровождаются значительным усилением интратубарного кровоизлияния из-за повреждения более крупных сосудов. В результате развивается сильное кровотечение в полость м/таза, создающее прецедент для неотложного хирургического вмешательства.

Нетрудно заметить, что при любом варианте течения трубного аборта всегда имеется интратубарное кровотечение. Определенная часть изливающейся крови задерживается внутри трубы в виде околозародышевой гематомы — сгустки крови оседают на выступающих в просвет ветвистых складках и ворсинках слизистой оболочки ампулы. Другая часть крови выталкивается волнами антиперистальтики через фимбриальное отверстие воронки в брюшную полость. Обычно при отсутствии спаек в м/тазу кровь стекает в прямокишечно-маточное углубление, где формируется *заматочная гематома*. Как упоминалось ранее, трубная беременность часто возникает на фоне спаечного процесса, ограничивающего пассаж вытекающей из трубы крови, которая скапливается и сворачивается в области воронки, образуя *перитубарную гематому*. Повторяющиеся более обильные кровоизлияния приводят к накоплению крови как перитубарно, так и в позадматочном пространстве. Если же брюшное отверстие МТр окклюзируется из-за слипчивого процесса в области фимбрий, чему способствует скопление там организующихся сгустков крови (особенно на фоне спаек), то изливающаяся в просвет кровь остается в полости трубы, образуя *гематосальпинкс*. Нередко гематосальпинкс сочетается с перитубарной и(или) заматочной гематомами.

Необходимо рассмотреть еще один, редко встречающийся (2–3%) вариант трубного аборта, когда он осложняется разрывом трубы. Это становится возможным, если полной отслойки Пл/Я не наступает, а ворсины хориона, внедрившись в эндо- и миосальпинкс, длительное время сохраняют способность к активному проникающему росту. К тому же указанные условия должны сочетаться с первоначально торпидным течением заболевания — без массивного интра-экст-

ратубарного кровотечения, требующего хирургической коррекции. Такая комбинация встречается очень редко, так как в подавляющем большинстве наблюдений клиническая ситуация разрешается до наступления разрыва МТр: 1) диагноз «ВМБ» устанавливается более или менее своевременно; 2) если же патологический процесс длительное время остается нераспознанным, то, как правило, в процессе трубного аборта развивается обильное кровоизлияние — ампулярная беременность прерывается до прорастания хорионом миосальпинкса и перфорации серозной оболочки; 3) имплантированные в стенку МТр хориальные ворсины подвергаются дегенеративно-дистрофическому изменению и теряют способность к агрессивному местно-деструктивному распространению; 4) в сложных для распознавания случаях хронического течения ВМБ применяют диагностическую лапароскопию.

Существуют еще два казуистических варианта трубного аборта (по разным данным — от 0,5 до 1,5% от всех случаев ВМБ).

В чрезвычайно редких наблюдениях происходит эвакуация из трубы живого Пл/Я, которое не погибает даже после изгнания, а имплантируется в Я или в брюшину прямокишечно-маточного углубления, брыжейки трубы и т.д. Развитие такой, все равно — яичниковой или брюшной, беременности чаще всего заканчивается разрывом плодместилища с кровотечением и шоком. Вместе с тем известны единичные наблюдения донашивания брюшной беременности до поздних сроков.

Изредка встречается самоизлечение ВМБ. При полном трубном аборте изгнанный из трубы погибший небольшой зародыш может либо раствориться в перитонеальной жидкости, либо регрессировать с формированием рубца или кальцината. Интратубарное же кровотечение, в случае незначительной травмы эндосальпинкса и относительно полного отторжения элементов хориона, может остановиться самостоятельно.

Суммируя изложенные в данном разделе сведения, целесообразно привести еще одну цитату из книги А.Н.Стрижакова с соавт. «Внематочная беременность» (М., 1998): «Патогенетическую основу трубного аборта составляют внутренний разрыв плодместилища, кровотечение в просвет трубы, отслойка хориона и изгнание плодного яйца в воронку (или в брюшную полость, через фимбриальное отверстие) благодаря антиперистальтическим сокращениям трубы».

Разрыв трубы

характерен для прерывания трубной беременности, локализующейся в перешейке (истмическом отделе). Наблюдается значительно реже, чем трубный аборт. Удельный вес разрыва МТр практически равен частоте ВМБ в перешейке трубы и составляет 10–24%.

Как было отмечено в разделе «Прогрессирующая беременность», ненарушенное развитие Пл/Я в перешейке МТр завершается прорастанием ворсинами хориона мышечной оболочки вплоть до серозы. Последующие события соверша-

ются в стремительном темпе, так как тонкая серозная оболочка, к тому же перерастянутая от давления Пл/Я и субсерозной ретрохориальной гематомы, «бессильна» перед инвазивным ростом ворсинчатого хориона. Якорные элементы его быстро перфорируют брюшинный покров трубы, что сопровождается острым (возникает внезапно), интенсивным и пролонгированным кровотечением в полость м/таза из травмированных тубарных сосудов и, в меньшей степени, из вскрывшейся субсерозной гематомы. Кровопотеря, вследствие чрезвычайно развитого кровоснабжения этой области, резко усиленного богатой сетью коллатералей во время беременности, как правило бывает массивной. Причем величина разрыва трубы (в виде шелевидного дефекта или отверстия с рваными краями) не всегда определяет силу кровоизлияния. Даже при небольших перфорационных дефектах кровотечение может быть очень сильным из-за повреждения кровеносного сосуда крупного калибра.

Прерывание ВМБ по типу разрыва трубы совершается в сроки от 4 до 6 НБ. Чаше всего перфорация серозной оболочки происходит в 4-5 — 5-6 НБ. Такое быстрое и разрушительное течение эктопической беременности в перешейке МТр, финал которой, без преувеличения, расценивается как катастрофа в полости м/таза, обусловлено следующими причинами: 1) постоянно высокой активностью хориальных ворсин, которые, в отличие от ампулярной имплантации, в более толстом миосальпингсе перешейка развиваются в условиях интенсивного и почти ненарушенного кровотока с богато васкуляризированной мышечной тканью; 2) ускоренным, по сравнению с маточной беременностью, проникающим ростом ворсинчатого хориона, что предопределено отсутствием в МТр децидуальной оболочки Пл/Я, в норме ограничивающей инвазивное распространение ворсин; 3) незначительной толщиной брюшины трубы, которая не может служить серьезным препятствием для врастания хориальных ворсин; 4) наличием субсерозной гематомы, вызывающей напряжение и перерастяжение серозной оболочки, что способствует быстрой перфорации последней.

Таков же механизм прерывания беременности, располагающейся в маточном (интерстициальном) отделе трубы. Однако ввиду более мощного мышечного слоя, окружающего данный отрезок МТр, продолжительность ВМБ увеличивается до 10—12, иногда до 16 НБ. Кровотечение при разрыве плодместилища, как правило, бывает очень обильным и представляет смертельную опасность для больной. Это связано с исключительно богатой васкуляризацией маточного отдела трубы и весьма обширной травмой во время разрыва. К счастью, указанный вариант трубной беременности встречается крайне редко, вследствие чего далеко не все особенности течения интерстициальной ВМБ изучены окончательно.

КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Успешная, а тем более своевременная эходиагностика ВМБ требует от врача-УЗИ знания клинической картины. Это аксиома, потому что верификация такой опасной для пациентки и сложной для точной идентификации патологии, как трубная беременность, почти всегда достигается путем комплексного анализа клинических (субъективные проявления, анамнез, результаты гинекологического осмотра), эхографических и лабораторных (моча, кровь на ХГ) данных.

Есть еще ряд аспектов рассматриваемой проблемы, касающихся только врача-УЗИ.

Эффективность УЗ-распознавания эктопической nidации во многом определяется мотивацией исследования, когда эхографист более или менее ясно представляет: *почему* он обязан осуществлять те или иные действия, *что* он должен или может обнаружить в процессе сканирования, *как* это сделать с максимальной пользой и *где* локализовать патологический очаг. Во многом это обусловлено тем, что в большинстве случаев эхопризнаки ВМБ никак нельзя отнести к числу ярких, сразу бросающихся в глаза симптомов. Более того, выявление трубной имплантации почти всегда сопряжено со значительными трудностями, как вследствие небольших размеров искомого объекта и неспецифичности его УЗ-характеристик, так и из-за большого количества оптико-акустических артефактов, препятствующих надежной визуализации внематочного эмбрионального комплекса. Преодоление указанных негативных моментов и, соответственно, достоверное обнаружение симптомов эктопической беременности становится реальным только при проведении **направленного эхографического поиска**. Без него шансы обнаружить ВМБ, особенно в период ненарушенного развития, минимальны или сводятся к разряду случайных и потому крайне редких эхографических находок. Правильную ориентацию УЗ-поиску придает квалифицированно выбранная диагностическая гипотеза.

Принцип направленного УЗ-сканирования означает выполнение энергичного и в то же время скрупулезного, а главное — целеустремленного поиска конкретных признаков конкретного заболевания или состояния, УЗ-проявления которого в теории и на практике известны исследователю. При этом обязательным условием эффективной реализации данного принципа служит правильно сформулированная рабочая концепция исследования (диагностическая гипотеза, версия диагноза). Она вытекает не столько из постановки целей и задач, сколько из субъективного отношения врача к «расследуемой» клинической ситуации, так как детерминирует основную точку зрения, руководящую идею для понимания и освещения явления, ставшего причиной посещения пациенткой УЗ-кабинета. Диагностическая гипотеза — вовсе не однозначный лозунг, требующий ор-

тодоксального подхода к процессу эхолокации, а динамично меняющееся представление о больной. Оно постоянно уточняется на протяжении одного и того же исследования и может стать основой диагностического решения только после многократных проверок, корреляций и, что особенно важно, сопоставлений данных эхолокации с клиническими проявлениями, причинно-следственные связи которых уточняются с помощью УЗИ.

Самый простой и оптимальный способ формирования первичной концепции исследования заключается в ознакомлении с медицинскими документами, поступающими в распоряжение врача-УЗИ перед началом работы. Если в направлении на УЗИ или в амбулаторной карте имеются указания на возможность ВМБ, то это значительно облегчает предстоящий эхографический поиск, так как предоставляет уже готовую первоначальную версию будущего диагноза и предопределяет качественную направленность эхолокации. Однако, реалии повседневной деятельности далеки от этого идеального варианта.

Необходимо иметь в виду, что лишь у половины женщин, посещающих кабинет УЗИ (не только по поводу БРС или предполагаемой ВМБ, но и вообще), имеется на руках соответствующая медицинская документация и далеко не у всех она представлена поликлинической историей болезни. Часть больных вручает эходиагносту только бланк «направление на исследование», содержащий лаконичное обоснование показаний к УЗИ в виде кратко сформулированного предварительного диагноза (например: «обострение хронического аднексита», «беременность раннего срока», «нарушение менструального цикла», «подозрение на внематочную беременность» и т. д.) без результатов гинекологического осмотра и анамнеза. В ряде случаев в таких направлениях нет даже и этих сведений, а есть только лапидарный, но императивный призыв — «обследование» или «УЗИ маточного таза».

Не секрет, что некоторые гинекологи вообще не проводят осмотра без получения результатов предшествующего сканирования. Зная это, многие пациентки по собственной инициативе начинают посещение ЖК (или любого другого акушерско-гинекологического учреждения) с УЗИ. Порочность такого подхода к диагностическому процессу несомненна, поскольку начисто лишает исследователя первичной диагностической гипотезы в интерпретации гинеколога. Тем самым изначально исключается коллегиальность в решении вопроса о состоянии больной и в корне подрывается принцип направленности УЗ-поиска.

Приведенная, довольно мрачная картина — не плод авторского вымысла. Она отражает действительное положение дел в гинекологической эходиагностике и хорошо известна всем ее участникам.

С другой стороны, не менее 80–85% женщин, посещающих УЗ-кабинет по поводу предполагаемой БРС, а именно они являются довольно многочисленным и постоянным «источником» своевременно диагностируемой эктопической имплантации, приходят на УЗИ по личной инициативе, минуя кабинет гинеколога. В основном это касается лиц, планирующих прерывание беременности, которое выполняется на ранних сроках (2–3 — 5–6 НБ) только после УЗ-манифестации гравидарного процесса. К сожалению, лишь 15–18% обследуемого контингента

заинтересованы в рождении ребенка. Парадоксально, но факт, что среди пациенток с ВМБ процент желающих сохранить беременность значительно выше (в среднем 40%), чем у женщин с маточной БРС.

Относительно больных, направляемых на УЗИ с подозрением на ВМБ, то в данной группе собственно эктопическая имплантация отмечается только в 8–15%. В остальных наблюдениях, составляющих подавляющее большинство, обнаруживается та или иная акушерско-гинекологическая патология, протекающая под маской трубной беременности и верифицируемая в результате дифференциально-диагностического анализа или в процессе динамического клинико-эхографического наблюдения.

Представленный выше обзор довольно убедительно показывает, что при посещении пациенткой кабинета УЗИ вопрос выбора адекватной диагностической гипотезы в 70–85% случаев остается открытым. В связи с чем именно врач УЗ-диагностики обычно является первой инстанцией в процессе установления индивидуального акушерско-гинекологического статуса. Это касается, во-первых, уточнения субъективных проявлений, ставших причиной обращения на УЗИ; во-вторых, сбора специфического гравидарного анамнеза, отражающего как минутное состояние женщины, так и общее положение дел в сфере репродукции; в-третьих, обсуждения гинекологических проблем, которые могли бы иметь связь с предъявляемыми в настоящее время жалобами; в-четвертых, ознакомления с результатами тестирования мочи на ХГ и пр.

Разумеется, формирование рабочей концепции исследования осуществляется непосредственно во время сканирования и заключается в собеседовании по типу: вопрос (врач) — ответ (пациентка). Неловко изрекать столь очевидные («студенческие») принципы клинической работы, но это необходимо, потому что в повседневной деятельности подобному диалогу в процессе УЗИ не всегда уделяется должного внимания. В результате могут быть упущены весьма существенные детали, зачастую играющие ключевую роль в постановке правильного диагноза, поскольку характер субъективных проявлений и анамнеза позволяет эходиагносту понять клинический смысл как отдельных оптико-акустических образов, так и весь визуальный симптомокомплекс в целом. Данные высказывания справедливы по отношению к эходиагностике многих гинекологических заболеваний. Но в случае эктопической имплантации они имеют особенно важное значение, так как у значительной части больных и клиническая, и эхографическая картина отличаются «стертостью», неспецифичностью и полиморфизмом. И только комплексная оценка сразу трех обязательных компонентов диагностического алгоритма — клинической симптоматики, результатов УЗИ и тестирования на ХГ — создает условия для распознавания ВМБ.

Из приведенных в главе I сведений ясно, что патогенетические варианты течения ВМБ и, в первую очередь, характер ее прерывания детерминированы локализацией Пл/Я в МТр — в перешейке или ампуле. Та же закономерность наблюдается со стороны клинической картины и УЗ-семиотики, поэтому при дальнейшем изложении фактического материала целесообразно использовать именно топографический принцип.

ВМБ в перешейке маточной трубы

Частота перешеечной, истмической локализации Пл/Я (18–24%) значительно (почти в 3 раза) уступает ампулярной. По-видимому, это связано с тем, что зигота, мигрирующая по трубе в условиях пониженной транспортной функции, успевает развиваться до фазы бластоцисты не в перешейке или в маточном отделе (как это бывает в норме), а в ампуле и поэтому в большинстве случаев имплантируется там, не достигая проксимального отдела **МТр**. Отчасти этому способствует удаленность истмической части яйцевода от места оплодотворения. С другой стороны, уже попавшая в перешеек бластоциста чаще всего беспрепятственно проникает в полость **М** в силу нескольких факторов: 1) проксимального положения перешейка трубы по отношению к **М**, канал которого непосредственно переходит в материнскую полость; 2) незначительной длины истмического отдела (40–50 мм); 3) наличия в нем мощного, по сравнению с ампулой, трехслойного миосальпинкса, что способствует активному «выталкиванию» бластоцисты в **М**; 4) просвет перешейка обычно свободен для прохождения зародыша, поскольку рубцовые изменения в нем наблюдаются редко, а если и встречаются, то в значительно меньшей степени, чем в ампуле. Не исключено также, что определенная часть истмических нидаций вызвана обратной миграцией эмбрионального комплекса, который может регургитировать из полости **М** в верхний отрезок трубы.

Несмотря на сравнительно небольшой удельный вес эктопических имплантаций в перешейке **МТр**, данный вариант трубной беременности рассматривается первым, потому что, не будучи распознанным своевременно, неизбежно и довольно быстро заканчивается катастрофой — разрывом трубы с обильным и очень интенсивным кровотечением, часто вызывающим болевой и(или) геморрагический шок.

I фаза. Прогрессирующая беременность

Фаза ненарушенного (прогрессирующего, атравматичного) развития Пл/Я в перешейке **МТр** обычно продолжается до 4–5 НБ. В это время в организме женщины происходят превращения, присущие нормальной маточной БРС.

В **Я** функционирует ЖТ-беременности.

В **М** происходит децидуальная трансформация **Э**, которая ничем не отличается от таковой в норме (кроме отсутствия зародыша в **М**) — стенки полости **М** выстланы децидуальной оболочкой, состоящей из довольно плотного компактного слоя и рыхлой губчатой ткани в центре.

Одновременно в **МТр** развивается Пл/Я: 1) неуклонно нарастают объем амниотической полости и толщина ее оболочек, вот только размеры амниона на 10–30% отстают от нормы; 2) с 4 НБ в полость амниона начинает выступать желточный мешок, а затем (в 5 НБ) и эмбрион, темпы прогрессирования которого

не отличаются от физиологического варианта беременности; 3) удовлетворительно функционирующий трофобласто-хорион вырабатывает ХГ, уровни которого либо незначительно меньше нормальных (нижняя граница нормы), либо соответствуют таковым.

Через 1,5–2 недели после оплодотворения женщина отмечает задержку очередной менструации, которая служит первым и практически единственным, а потому — самым главным клиническим маркером наступившей беременности. Начало менструальной задержки, как правило, совпадает с окончанием формирования плодовместилища в **МТр**.

В отечественной и зарубежной литературе есть многочисленные указания на то, что при ВМБ в 17–30% случаев гравидарной «аменореи» нет. Это совершенно справедливо, но только по отношению к имплантации в ампуле трубы. При перешеечной локализации Пл/Я задержка месячных отмечается почти у всех больных, и лишь у 2–3% из них менструация наступает своевременно, несмотря на совершившееся зачатие.

Скорее всего, данные пациентки относятся к той редкой группе женщин, у которых беременности (все равно — в **М** или вне **М**) протекают или могут протекать без нарушения менструальной функции; во всяком случае, на первом месяце беременности, а иногда и дольше. Частота подобных наблюдений одинакова при физиологической и внематочной имплантациях и колеблется от 1,4 до 3%. Встречается и такой вариант, когда у одной и той же женщины на фоне в большинстве своем типично протекающих беременностей может развиваться отдельный эпизод атипичного (без задержки) гравидарного процесса.

Как показывает опыт клинической работы, при маточной нидации для таких наблюдений характерно несоответствие предполагаемого и истинного гравидарного срока и потому позднее обращение пациенток в медицинские учреждения, независимо от того — сохраняется беременность или нет. Например: женщина приходит на мини-аборт в связи с 10-дневной задержкой месячных, а при УЗИ срок беременности оказывается равным 7–8 НБ. Или если менструации продолжают «приходить» своевременно более длительное время, то поводом для посещения гинеколога с подозрением на беременность может быть появление сомнительных признаков гравидарного состояния (тошнота, слабость, изменения вкуса и т. д.).

Причины данного явления непонятны. Возможно, оно связано с индивидуально высокой степенью функциональной инерции эндокринной системы или, иначе говоря, с необычно повышенным уровнем адаптации организма к фоновым гормональным биоритмам, что проявляется привычным снижением активности ЖТ и падением концентрации **П** в сроки ожидаемой менструации, даже после оплодотворения. Это инициирует возникновение кровянистых выделений, по объему и продолжительности схожих с физиологическим циклическим кровотечением.

Если же у одной из представительниц этой редкой группы возникает эктопическая нидация в перешейке яйцевода, то женщина так и не подозревает о факте беременности (нет задержки)... пока не произойдет перфорация **МТр**. Естественно, ни о какой дооперационной диагностике ВМБ здесь говорить не приходится. Подобные варианты должны быть отнесены в зону неизбежного артефакта, недоступного для субъективной и клинической верификации. К счастью, указан-

ные наблюдения отмечаются крайне редко. Вместе с тем нельзя забывать, что менструальная задержка — отнюдь не патогномоничный признак ВМБ и беременности вообще, так как может сопутствовать целому ряду функциональных циклических нарушений.

Следующий симптом прогрессирующей перешеечно-трубной беременности (впрочем, как и любого другого варианта гравидарного процесса) — положительный мочевого тест на ХГ, наблюдающийся почти у всех больных. Единичные случаи отрицательных реакций относятся к тем женщинам, у которых по непонятным причинам мочевые грави-тесты почти всегда дают негативный ответ на ранних сроках, 2–3 — 6 НБ. Причем независимо от места имплантации — в полости М, в МТр и т.д. Несмотря на это, указанные наблюдения обычно попадают в сферу медицинского обследования, так как наличие менструальной задержки обычно заставляет молодых женщин обращаться (с подозрением на БРС) к гинекологу с последующим назначением УЗИ или сразу на УЗИ. Ну а вариант совпадения привычно отрицательного тестирования с беременностью, протекающей без задержки месячных, можно с уверенностью отнести к казуистике.

Разумеется, положительная реакция мочи на ХГ свидетельствует только о совершившемся зачатии, но отнюдь не о месте имплантации. И все же информация о результатах тестирования очень важна, поскольку позволяет сразу исключить (или предположить) функциональные нарушения менструального цикла, вызывающие небольшую (до 2–3 нед.) менструальную задержку, и придает дальнейшему обследованию специфически гравидарный характер. Тем более что в настоящее время от 75 до 90% пациенток с БРС приходят на консультацию уже с результатом грави-теста.

Что же касается ложноположительных и неинформативных ответов, то современные высокочувствительные тесты (желательно сделанные не по лицензии, а непосредственно от фирмы-производителя), как правило, не дают подобных ошибок. В то же время отдельные случаи ложноположительных реакций на ХГ изредка отмечаются при лютеиновой персистенции; но на общем фоне они несущественны из-за небольшой частоты, непостоянства и наличия целого ряда клинко-эхографических признаков, надежно исключающих возможность оплодотворения.

Оценивая клинические проявления истмической трубной беременности, нужно обязательно акцентировать следующее положение — *для фазы ненарушенного развития Пл/Я в перешейке МТр характерно бессимптомное течение*. Субъективных признаков патологической имплантации (кровянистых выделений из половых путей, болевого синдрома), играющих ведущую роль в формировании подозрения на ВМБ, при локализации зародыша в истмическом отделе яйцевода нет.

Отсутствие болей внизу живота объясняется небольшим объемом прогрессирующего Пл/Я. Величина его в сроки от 2 до 4–5 НБ недостаточна для существенного растяжения мезосальпинкса и наружной оболочки МТр, способного вызвать раздражение болевых рецепторов покрывающей их брюшины и, вследствие этого, субъективную алгическую реакцию. С другой стороны, за 2–3 неде-

ли ненарушенного роста зародыша в перешейке трубы не наблюдается экстра-тубарного кровотечения, что исключает возможность появления болей, связанных с раздражением брюшины м/таза кровью, вытекающей из фимбриального отверстия. Повреждение развивающимся хорионом мышечного слоя и эндосальпинкса не вызывает болевых ощущений, поскольку эти ткани лишены алгической рецепции.

Ретроспективный анализ (собеседования после операции) серии наблюдений истмической ВМБ показывает, что примерно у 30% больных в промежутке между менструальной задержкой и разрывом МТр отмечались слабовыраженные и непостоянные тянущие боли или незначительный дискомфорт внизу живота. По-видимому, они были связаны с некоторым напряжением серозной оболочки и мезосальпинкса постоянно растущим в стенке трубы Пл/Я. Обычно эти явления отмечаются у пациенток с аденомиозом, наружным эндометриозом, спаечным процессом или с предшествующей эктопической имплантации гиперэстрогеней — фоновыми состояниями, вызывающими повышение болевой чувствительности репродуктивных органов. Однако указанные неприятные ощущения в области м/таза никак не могут быть отнесены в разряд специфических для трубной беременности симптомов. Так, и незначительные боли, и дискомфорт внизу живота часто сопутствуют неосложненному течению физиологической БРС, особенно у нерожавших. На ранних сроках маточной беременности они зачастую обусловлены небольшим гипертонусом миометрия, кистой ЖТ, спайками, циститом, сочетанием беременности с органической патологией Я или фибромиомой М. А при функциональных циклических нарушениях, протекающих с задержкой месячных, — воспалительным процессом придатков М или крупной фолликулярной кистой. Кроме того, иногда наблюдающиеся при перешеечной ВМБ боли и дискомфорт выражены настолько слабо, что пациентки не обращают на это внимания и не сообщают о них врачу во время обследования.

Так называемые сомнительные или предположительные признаки беременности (тошнота, слабость, раздражительность, изменения вкуса и обоняния и т. п.) отмечаются довольно редко, так как частота их на ранних сроках вообще сравнительно низкая. Данные явления непостоянны, сугубо индивидуальны и не могут быть весомым подспорьем для высказывания подозрения о трубной имплантации.

То же самое относится и к результатам гинекологического осмотра, который позволяет не более чем предположить наличие БРС, без уточнения локализации Пл/Я. Что же касается такого относительно специфичного (по данным литературы) для ВМБ признака, как определяемое пальпаторно увеличение размеров МТр, то: во-первых, выявление этого симптома отличается высокой степенью субъективности; во-вторых, в фазу ненарушенного развития перешеечной беременности утолщение трубы минимально и почти недоступно идентификации в процессе вагинального исследования.

Несколько более значим симптом болезненности при пальпации придатков М (справа или слева), наблюдающийся у 18–27% больных с истмической имплантацией. Однако и этот признак недостоверен, потому что встречается срав-

нительно редко и, главное, может быть обусловлен целым рядом других перечисленных выше причин, совершенно не связанных с внематочным расположением Пл/Я и встречающихся значительно чаще, чем ВМБ.

Таким образом, клиническая картина прогрессирующей в перешейке **МТр** беременности характеризуется «бедностью» субъективной и объективной симптоматики и фактически ничем не отличается от физиологического гравидарного процесса ранних сроков. Патогномоничных, или даже специфических, или хотя бы типичных клинических признаков фазы ненарушенного развития при истмической имплантации нет. В то же время диагностика ВМБ в период ее атравматичного течения является самой актуальной частью всей проблемы в целом. Только раннее и достоверное распознавание эктопической локализации Пл/Я позволяет обосновать показания к госпитализации и операции и тем самым предотвратить осложнения (кровопотеря, шок) из-за разрыва трубы, который может наступить в любой непредсказуемый момент после 4, 4-5 НБ. Исходя из всех изложенных выше сведений ясно, что главным и обязательным, а при истмической имплантации — единственным, «инструментом» разрешения данной задачи является ультразвуковой метод исследования, применяемый в каждой конкретной ситуации непременно в комбинации с анализом клинических данных и результатами тестирования на ХГ. При этом речь идет о преимущественном значении УЗИ не только в идентификации внематочной локализации Пл/Я, но и в выборе оптимальной тактики ведения больной.

УЗИ

Краткая характеристика контингента. Молодые женщины в возрасте от 14–16 до 35 лет (85–92%) и значительно реже — представительницы среднего возраста (35–45 лет), обратившиеся на УЗИ по поводу предполагаемой беременности в связи с задержкой месячных от 3 до 28 дней, соответствующей периоду БРС (2-3 — 6 НБ). Из них большинство приходят на исследование самостоятельно (до посещения гинеколога), и только 10–25% — после гинекологического осмотра. Показательно, что в настоящее время примерно 80% пациенток посещают УЗ-кабинет с предварительно сделанным мочевым тестом на ХГ. По последнему признаку весь рассматриваемый контингент можно разделить на 3 группы (табл. 1).

Основные принципы эходиагностики эктопической беременности вообще и варианта истмической (в перешейке **МТр**) имплантации в частности целесообразно сформулировать так:

1. Установление факта отсутствия Пл/Я в полости **М** при наличии задержки месячных и положительном результате тестирования мочи на ХГ; с последующей оценкой состояния Э.
2. Обнаружение или попытки обнаружения эхографического аналога типичного, т.е. локализуемого в **М**, Пл/Я — как за пределами полости **М** (исключение беременности в маточном отделе **МТр**, в просвете перешейка **М** и в канале **ШМ**), так и, в основном, за пределами наружного контура **М** (выявление трубной, яичниковой или брюшной беременности).

Таблица 1

Цели и задачи УЗИ в зависимости от результата тестирования мочи на ХГ

№	Обследуемые группы женщин	Цели и задачи исследования
1	Женщины с менструальной задержкой и положительным гравитестом — факт зачатия установлен, но без уточнения локализации беременности	Подтверждение наличия беременности и уточнение локализации Пл/Я (в М , вне М). Установление срока беременности. Оценка состояния гравидарного процесса независимо от места имплантации. Изучение всей полости м/таза. Назначение контрольного УЗИ, если Пл/Я в полости М и за ее пределами не обнаружено.
2	Присутствует задержка месячных, но реакция на ХГ отрицательная. Пациентка не понимает, что происходит с ней: нарушение менструального цикла или БРС?	Эхографическое подтверждение факта отсутствия беременности (в М , вне М). Оценка функционального статуса путем изучения состояния Э и фолликулярного аппарата яичников. Выявление: функциональных кист, органической патологии М и Я , воспалительных изменений и др.
3	Задержка месячных есть, но гравитест не сделан	В зависимости от наличия или отсутствия УЗ-изображения Пл/Я — осуществление действий, обозначенных в предыдущих графах, дополненное тестированием на ХГ.

3. Поиск, визуализация и идентификация любого патологического мягкотканно-жидкостного объекта, располагающегося отдельно от **М** и **Я**, — в параметральных отделах, параовариально, в позадиматочном пространстве.
4. Изучение поименованных в пункте №3 областей с целью выявления там свободной жидкости, а также оценка сосудистого русла.
5. В случае неудачной (в плане УЗ-манифестации ВМБ) реализации пунктов №2 и 3 — назначение контрольного УЗИ и дополнительного тестирования на ХГ.
6. В случае неудачной реализации пунктов №2 и 3 (особенно, если факт отсутствия беременности подтверждается отрицательным гравитестом) — детальный анализ Э и Я на предмет определения функционального нарушения цикла как причины менструальной задержки или ациклического маточного кровотечения.
7. Эхосканирование **М**, **Я**, **МП** и окружающих их тканей для уточнения наличия или отсутствия органической патологии (кист, опухолей, спаек, эндометриоза) и воспалительного процесса.

Предложенная, кажущаяся необычайно сложной и дискретной схема обследования на самом деле чрезвычайно проста, поскольку в практической работе почти все цели и задачи, искусственно отнесенные к разным параграфам, в процессе полипозиционной эхолокации решаются сочетанно. Это облегчается тем, что перечисленные пункты взаимосвязаны и взаимообусловлены, а область эхографического поиска топографически довольно ограничена по объему из-за, как правило, компактного расположения **М** и ее придатков (**Я**, **МТр**) в полости м/таза.

Методика УЗИ в гинекологии и на ранних сроках беременности хорошо известна из большого числа предшествующих публикаций и не нуждается в подробном обсуждении. Совершенно понятно, что для получения максимального объема объективной информации о состоянии репродуктивных органов и всей полости малого таза необходимо выполнение двухэтапного эхографического обследования: 1) трансабдоминальное (обзорное) сканирование; 2) ТВ-УЗИ. Частные же вопросы, касающиеся организационных, технических и методических аспектов распознавания ВМБ, целесообразно рассмотреть по мере изложения фактического материала, на конкретных примерах.

2—3 НБ. 10% от всех обследуемых женщин обращаются на УЗИ с менструальной задержкой от 3 до 7 дней, что соответствует 2-3 неделям после оплодотворения. УЗ-распознавание трубной беременности такого срока невозможно. Более того, даже при маточной имплантации эта задача выполнима (с помощью ТВ-УЗИ) только в 60—65% случаев; хотя в полости **М** имеются вполне благоприятные условия для визуализации небольшого жидкостного **О** (внутренний диаметр Пл/Я 3—6 мм) на фоне более плотной гравидарной слизистой. Увидеть и опознать такой объект (толщина стенок 1—2 мм) за пределами материнской полости нереально из-за неблагоприятного оптико-акустического фона вокруг **М** и минимальных размеров Пл/Я. УЗ-изображение маленькой эмбриональной полости экранируется, перекрывается просветом петель толстой кишки (сигмовидного, ректосигмоидного и дистальной части нисходящего отделов), содержащих фекальные массы, газ и жидкость и располагающихся почти вплотную к **М**, особенно в области ее дна, углов и задней поверхности. Помимо этого, гравидарное жидкостное **О** неотлично (по размерам и толщине стенок) от поперечных и косых УЗ-сечений множественных параметральных сосудов, число и просвет которых увеличены во время беременности. В силу указанных трех факторов (небольших размеров и толщины стенок полости зародыша, экранирующего эффекта со стороны кишечника, обогащения сосудистого русла) идентифицировать эктопическое Пл/Я в 2-3 НБ, при любом уровне тубарной нидации, нельзя, а все усилия в этом направлении нужно признать бесполезными*.

Состояние М: не увеличена, структура миометрия обычная. Сосудистый рисунок его, как правило, не изменен или несколько усилен в области перешейка и в краевых отделах передней и задней стенок. У многих больных отмечается расширение и избыточная выраженность параметральных и параовариальных сосудов, однако в разбираемой ситуации данные симптомы не имеют никакого решающего диагностического значения. Во время беременности обогащение сосудистого русла наблюдается независимо от места и уровня имплантации. Также при эхолокации подобная картина нередко встречается и вне гравидарного процесса: как вариант нормы (особенно у рожавших женщин), либо может быть вызвана воспалением, гиперэстрогенным состоянием, рубцовым процессом, эндометриозом и др.

* «Невозможно найти черную кошку в черной комнате...» и перефразируя окончание известной поговорки — «...даже, когда она там есть» (в оригинале: «... особенно, если ее там нет»).

Представляется весьма привлекательной прозвучавшая в нескольких публикациях мысль о возможности формулировки подозрения на трубную имплантацию, при так называемом эхонегативном варианте ВМБ, по одностороннему обогащению параметрально-параовариальных венозных коллекторов и сплетений. Клиническая проверка показала несостоятельность таких попыток (независимо от длительности менструальной задержки, локализации Пл/Я в МТр и фазы заболевания), потому что указанный признак отличается непостоянством, полиэтиологичностью и очень труден для объективного восприятия. Следует подчеркнуть, что широкое использование подобной установки для эходиагностики эктопической беременности абсолютно неприемлемо, поскольку непременно ведет к гипердиагностике, а точнее — к высказыванию совершенно необоснованных и недостоверных предположений и прогнозов.

С позиции диагностического интереса значительно полезнее остановиться на анализе УЗ-характеристик Э.

При прогрессирующей трубной беременности (в перешейке или ампуле) в полости **М** лоцируется гравидарная слизистая, обычно обозначаемая термином *децидуальный эндометрий*. С точки зрения эмбриональной эндокринологии он представляет собой гипертрофированный под воздействием длительной стимуляции прогестероном функциональный слой секреторного **Э**, подвергнувшийся в результате влияния ХГ децидуальной трансформации, направленной на формирование в материнской полости децидуальной оболочки. В норме (Пл/Я в **М**) децидуальная ткань подразделяется на капсулярную часть, которая покрывает снаружи трофобластическую камеру и париетальную часть, выстилающую стенки полости **М**. Последняя выполняет защитную функцию, необходимую для ограничения инвазивного роста хориона. В случае ВМБ капсулярная составляющая, конечно, отсутствует. В то же время париетальная часть уже в 2-3 НБ получает хорошее развитие в виде довольно мощного компактного слоя, циркулярно располагающегося вдоль стенок полости **М** и окружающего рыхлую губчатую ткань. В физиологических условиях она служит питательной средой для развития бластоцисты, а при эктопической имплантации гипертрофируется вследствие непрерывающейся секреции гормонов ЖТ (**П**) и трофобласта (ХГ). Все эти особенности находят свое отражение в процессе эхолокации (обзорно, ТВ), создавая довольно специфическую УЗ-картину содержимого **М** — децидуальный (гравидарный) **Э** без Пл/Я.

На эхограммах в первую очередь обращают на себя внимание два момента — отсутствие УЗ-изображения Пл/Я и избыточный объем децидуального Э. Толщина его в период ненарушенного развития ВМБ колеблется от 12 до 25 мм и больше. Форма в продольной, наиболее информативной, проекции сканирования каплевидная или овальная. Контуры ровные, повторяют конфигурацию полости М. Своеобразная и характерная деталь: на границе с миометрием очертания децидуального Э почти всегда относительно нечеткие, несколько размытые вследствие отсутствия так называемой зоны отторжения — тонкого эхонегативного ободка между базальным и функциональным слоями слизистой, всегда наблюдающегося при любых циклических нарушениях, протекающих с гипертрофией Э. При беременности же функциональный (децидуальный) и базальный

слои неразделимы. Также нерезко выраженная размытость контуров гравидарной слизистой связана с повышенным кровоснабжением ее из миометрия. По этой же причине в 35–47% наблюдений вокруг полости **М** отмечается зона диффузного понижения эхоплотности мышечной ткани шириной до 8–9 мм; но при этом симптом некоторой нечеткости внешнего контура гравидарной слизистой остается неизменным.

В периферических отделах децидуального **Э**, вдоль стенок полости **М**, в 75–88% случаев определяется краевая область повышенной эхоплотности шириной от 3–4 до 9 мм, являющаяся эхографическим отображением париетальной части децидуальной оболочки — компактного слоя гравидарной слизистой. Интенсивность его, по сравнению с низкоплотными изображениями миометрия и центральных участков децидуальной ткани, увеличена (средняя или может приближаться к высокой), а структура почти однородная, что в совокупности определяет довольно яркую УЗ-манифестацию данного признака. В центральных отделах полости **М** лоцируется неоднородная губчатая ткань пониженной плотности, со всех сторон окруженная более «ярким» и гомогенным компактным слоем. Толщина губчатого эпителия децидуального **Э** составляет от 6 до 15 мм и зависит от общего объема внутриматочного содержимого и выраженности краевого компактного слоя децидуальной оболочки.

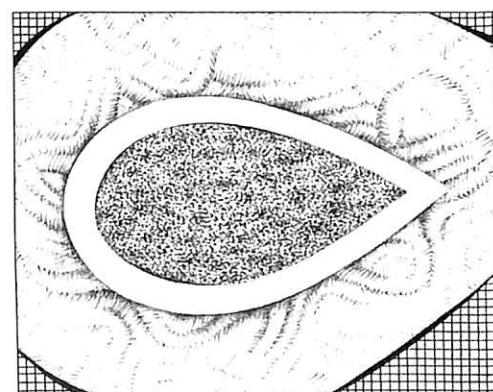
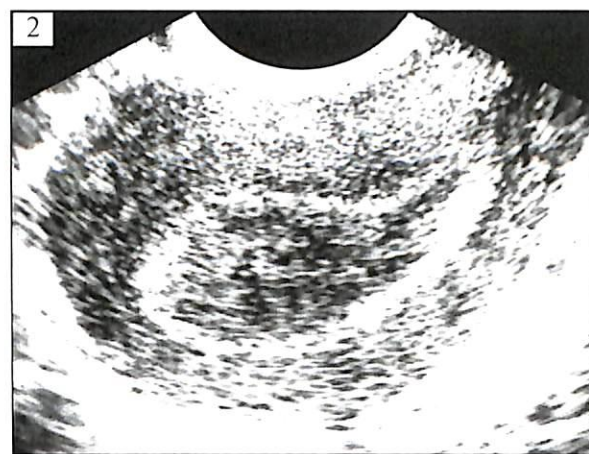
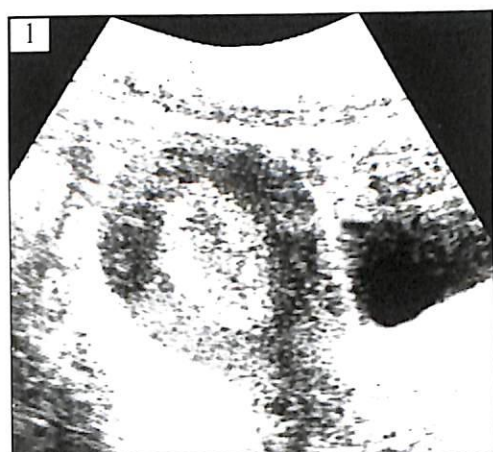


Рис. 1 (1, 2). Децидуальный **Э** (1, 2 — разные наблюдения и общая схема эхокартины):

1 — обзорная эхограмма: передне-задний размер содержимого полости **М** 22 мм, толщина компактного слоя 7 мм, губчатого — 8 мм;
2 — ТВ-УЗИ. Толщина **Э** = 20 мм, компактного слоя — 4 мм, губчатого — 12 мм.
Пояснения, касающиеся оптико-акустических качеств УЗ-изображения слизистой **М**, в тексте.

В 50–62% случаев в центре полости **М** на фоне низкоплотного изображения губчатой ткани прослеживается тонкая (1–3 мм) эхопозитивная линия, разделяющая децидуальный **Э** на две примерно одинаковые половины, — место соприкосновения валиков слизистой передней и задней стенок.

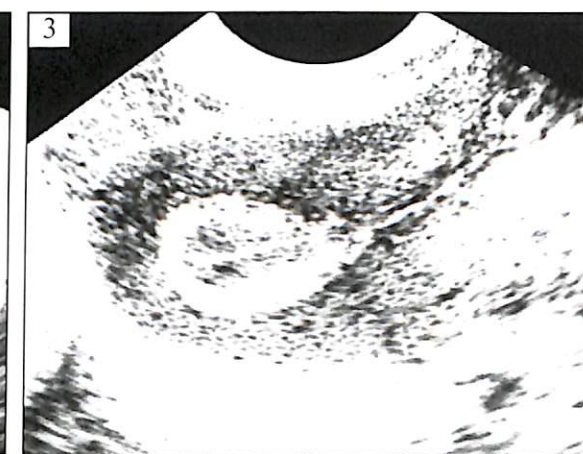
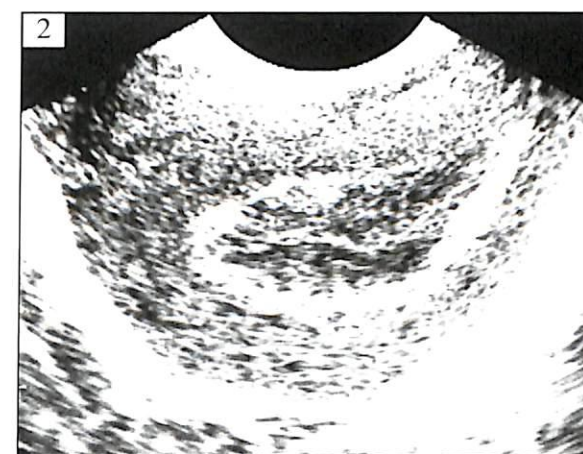
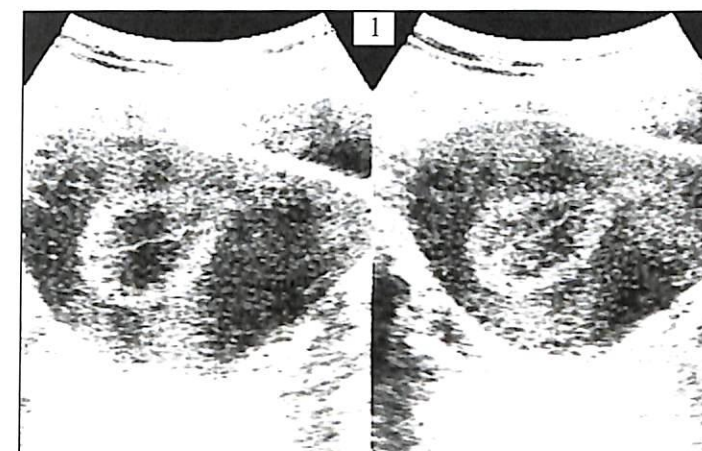
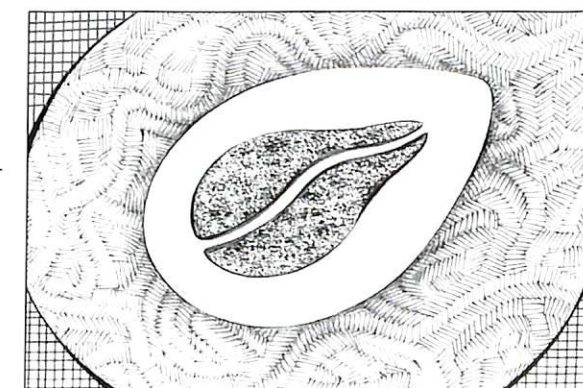


Рис. 2. Децидуальный **Э** (1, 2, 3 — разные случаи, суммарная схема УЗ-изображения).

Самый частый вариант эхокартины гравидарной слизистой — трехслойное строение за счет слабо выраженной разделительной линии в центре.



В ряде случаев компактный слой центральных отделов получает такое же хорошее развитие, как и по периферии полости М. Эхографически это проявляется существенным утолщением центральной разделительной линии, поперечный размер которой приближается к толщине краевого компактного слоя, а объем губчатой ткани представляется уменьшенным.

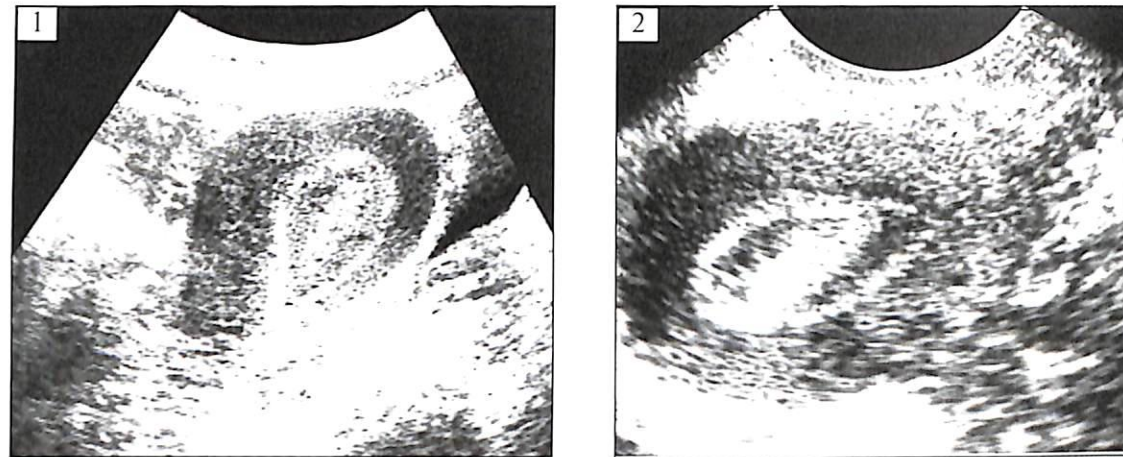
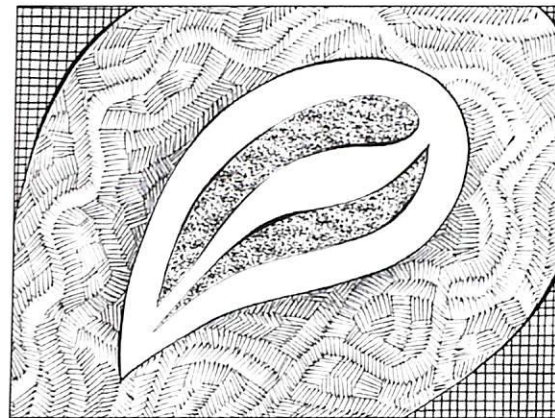


Рис. 3 А. Децидуальный Э.
Два примера гипертрофии срединной эхопозитивной линии.



У других больных наблюдается избыточная выраженность компактного слоя, занимающего весь объем слизистой (губчатая ткань не лоцируется). Эхографически это проявляется в значительном утолщении и диффузном уплотнении валиков Э передней и задней стенок полости М (без четких наружных контуров), между которыми

прослеживается узкая (1–3 мм) зона несколько пониженной эхоплотности — щелевидный просвет на границе соприкосновения двух валиков слизистой.

На рисунках 1, 2 и 3 (А, Б) показаны четыре самых частых (в совокупности до 93%) варианта строения децидуального Э, отличающихся друг от друга в основном степенью выраженности срединной линии: рис. 1 — не прослеживается; рис. 2 — срединная структура представлена тонкой эхопозитивной полосой; рис. 3А — утолщение разделительной линии до величины краевого компактного слоя (8–10%); рис. 3Б — валикообразное строение Э с щелевидным просветом в центре (10–15%). Общими для них являются следующие УЗ-признаки: 1) избыточный объем содержимого полости М, в просвете которой нет Пл/Я; 2) наличие хорошо развитого краевого компактного слоя, выстилающего стенки полости М, — собственно децидуальная оболочка, ограничивающая губчатую ткань

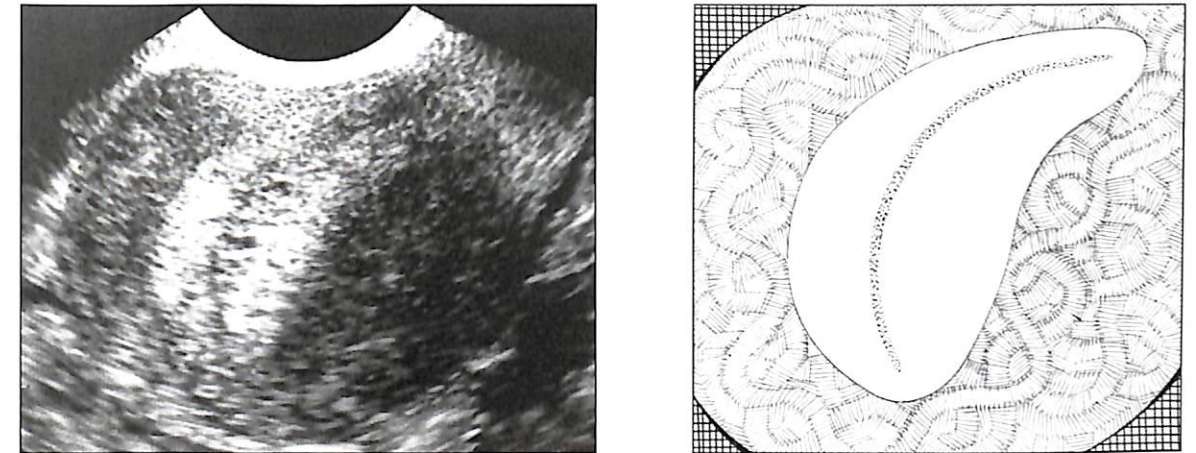


Рис. 3 Б. Валикообразный тип строения гравидарной слизистой М.

пониженной эхоплотности; 3) относительная нечеткость контуров гравидарной слизистой. Подобная эхокартина Э характерна для прогрессирующей ВМБ любого срока и локализации, а также и для большинства случаев нарушенной ампулярно-трубной беременности.

Только у 7% больных гравидарная слизистая имеет однородную структуру вследствие незначительности выраженности кортикального слоя. По-видимому, это обусловлено слабой степенью децидуальной трансформации из-за изначально низкой продукции ХГ трофобластом эктопического хориона. По этой же причине толщина такого Э несколько меньше, чем обычно, 9–13 мм. УЗ-симптоматика: разделения на компактный и губчатый слои нет; в полости М определяется одинаковая во всех отделах, почти однородная ткань средней или несколько пониженной плотности; сохраняется симптом некоторой размытости контуров Э на границе с миометрием.

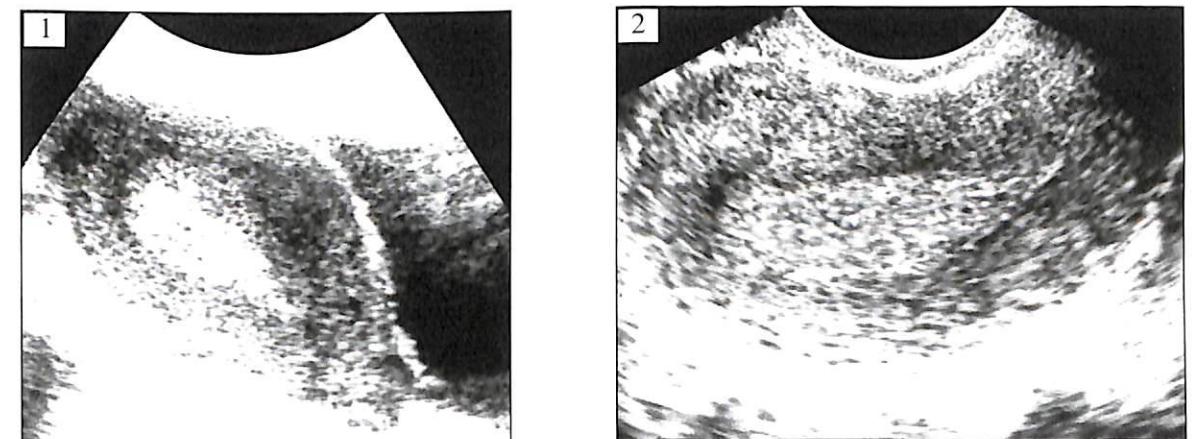


Рис. 4. Децидуальный Э однородной структуры (1 и 2 — разные больные, пояснения в тексте).

Приведенные сведения показывают, что эхокартина полости **М** при прогрессирующей ВМБ минимальной продолжительности (2-3 НБ, задержка 3-6 дней) практически аналогична эконегативному варианту маточной БРС того же срока, когда Пл/Я в **М** не видно ($\approx 35-40\%$) из-за небольших размеров эмбриональной полости. Вместе с тем, в случае физиологической беременности у 48% из указанных 35-40% наблюдений на фоне низкоплотного изображения губчатой ткани децидуального **Э** удается заметить эхопозитивное включение (3-7 мм в $\varnothing$) повышенной плотности — место имплантации. При ВМБ данный симптом отсутствует. Однако это не может служить веским основанием для подозрения на эктопическую нидацию: во-первых, обозначенный УЗ-признак встречается не более чем у половины женщин с эконегативной формой маточной беременности сверхраннего срока; во-вторых, эхографическая выявляемость зоны имплантации весьма непостоянна, так как зависит от умения врача-УЗИ визуализировать этот микросимптом.

Тактика эхографиста в указанной ситуации довольно проста и однозначна. Она сводится к назначению повторного УЗИ через 1 неделю. За это время Пл/Я существенно увеличивается в размерах и, при маточной имплантации (к счастью, составляющей подавляющее большинство подобных наблюдений), у 85-98% пациенток отчетливо выявляется в полости **М**. Что же касается эхографических находок во время контрольного исследования при эктопической нидации, то эти сведения целесообразно рассмотреть в следующих разделах.

Состояние Я. Так же, как и при маточной БРС, в случае ВМБ (независимо от места патологической нидации, гравидарного срока и фазы течения заболевания) **Я** не изменены, или в одном из них выявляется желтое тело беременности в виде мягкотканного или мягкотканно-жидкостного овариального **О** либо кисты ЖТ. Частота обнаружения лютеиновой полости аналогична физиологическому варианту БРС и составляет 25-30%. Чаще справа (70-78%), что обусловлено преимущественной овуляторной активностью именно правого **Я**. У подавляющего большинства больных ЖТ лоцируется на стороне ВМБ. Лишь в единичных случаях лютеиновое **О** определяется в контрлатеральном **Я**. Это наблюдается при непроходимости (или отсутствии) **МТр** на стороне овуляции с последующей трансабдоминальной миграцией яйцеклетки в противоположную трубу.

У 8-27% пациенток с ВМБ в процессе эхолокации удается зарегистрировать наличие параовариальных спаек. Обычно это проявляется сочетанием двух УЗ-симптомов: 1) **Я** фиксирован к боковой поверхности **М** или, реже, к боковой или задней стенке м/таза — плотно прилегает к указанным анатомическим структурам и неотделим от них во время локальной компрессии (как правило, болезненной) УЗ-датчиком; 2) между **Я** и **М** или стенкой м/таза лоцируются мелкие эхопозитивные включения (линейные, дисковидные, точечные) тяжелого типа, повышенной эхоплотности — спайки. В других наблюдениях фиксации **Я** не отмечается, а присутствует только второй симптом — УЗ-изображение параовариальных спаек в виде тяжистости овариального контура на том или ином протяжении. Параллельно определяются ограничение смещаемости **Я** и, нередко, незначительные болевые ощущения при дозированной компрессии.

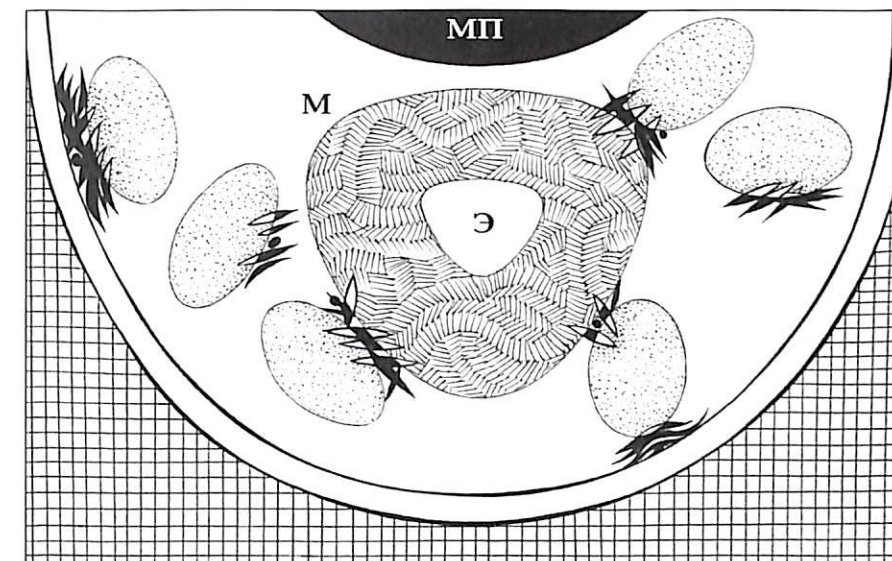


Рис. 5. Параовариальный спаечный процесс.

Схема поперечного УЗ-сечения полости малого таза с различными вариантами локализации спаек и топографии фиксированного ими **Я**.

В контексте раздела полезно напомнить, что в случае истмической трубной имплантации спайки отмечаются редко.

Дополнительная, но обязательная информация. При прогрессирующей, ненарушенной ВМБ свободной жидкости (крови) в полости м/таза не определяется.

3 и 3-4 НБ. 40% женщин с БРС обследуются в УЗ-кабинете с менструальной задержкой 7-10 дней (3 НБ) и 9-12 дней (3-4 НБ). УЗ-выявляемость нормальной, маточной беременности таких сроков высока и колеблется от 78 до 92%. Отсюда напрашивается закономерный вывод — если при предполагаемом гравидарном сроке 3 или 3-4 НБ УЗ-изображения Пл/Я в полости **М** не определяется, то это автоматически должно вызвать у врача-УЗИ предположение о ВМБ, требующее осуществления направленного поиска Пл/Я за пределами **М**. Данная установка совершенно справедлива, но все же не стоит исследователю сразу «терзать» себя и пациентку подобными подозрениями, потому что действительное положение дел позволяет оценивать ближайшие перспективы вполне оптимистично. Для понимания этого полезно еще раз вернуться к статистическому анализу рассматриваемой диагностической ситуации.

Опыт работы ряда УЗ-кабинетов, постоянно имеющих дело со значительным числом женщин с БРС*, свидетельствует о том, что эхографическая выявляемость маточной беременности (ТВ-УЗИ) в сроки 3 и 3-4 НБ в среднем состав-

* Что возможно в акушерско-гинекологических учреждениях, где помимо консультаций женщин, заинтересованных в сохранении беременности, выполняется прерывание БРС методиками медикаментозного воздействия и мини-аборта.

ляет 80–88%. Из 12% так называемой эконегативной формы физиологической БРС, когда в процессе УЗИ при менструальной задержке от 7 до 12 дней Пл/Я в М не видно, примерно 10% относятся к случаям маточной имплантации, не дающей УЗ-манифестации в ожидаемые сроки. Причины таких расхождений многообразны; главные из них — поздняя овуляция (предшествующая оплодотворению) и низкий темп развития эмбрионального комплекса в пред- и(или) постимплантационном периодах. При этом в любом случае диагностическая дилемма разрешается (разумеется, в пользу маточной беременности) после выполнения контрольного УЗИ. Оставшиеся 2% (1,7–2,5%) относятся к ВМБ. Из них на долю истмической локализации Пл/Я в МТр приходится $\approx 0,5\%$ от всех женщин с БРС.

Следовательно, УЗ-сканирование в 3 и 3-4 НБ* делает реальным выделение группы повышенного риска в плане возможной трубной имплантации, объединяющей сравнительно немногочисленные наблюдения (12%) эконегативной формы БРС. Среди них удельный вес ВМБ равен $\approx 17\%$ (в перешейке трубы 4–5%), что позволяет говорить о довольно высокой частоте данной патологии в столь узком кругу обследуемых, поэтому все пациентки из группы риска требуют со стороны исследователя пристального внимания и особого подхода, а именно: детального уточнения анамнеза и субъективного статуса; ознакомления с результатами мочевого грави-теста; направленного УЗ-поиска эмбрионального объекта вне М; организации УЗИ в динамике.

Результаты сканирования в 3 и 3-4 НБ при дислокации Пл/Я в перешейке МТр почти такие же, как и в 2-3 НБ: 1) Пл/Я в М нет; 2) в полости М лоцируется избыточно выраженная гравидарная слизистая — децидуальный Э; 3) Я без особенностей или в одном из них имеется ЖТ-беременности; 4) свободной жидкости в м/тазу нет; 5) в большинстве наблюдений (90–93%) вне М Пл/Я не определяется. И только у 7–10% больных первичная эхолокация в указанные сроки позволяет визуализировать внематочный эмбриональный объект.

Низкая УЗ-выявляемость эктопического Пл/Я в 3, 3-4 НБ детерминирована теми же причинами, что и в 2-3 НБ, в совокупности препятствующими достоверному распознаванию ВМБ у 90–93% беременных. В этих наблюдениях, когда имеется менструальная задержка 7–12 дней, реакция мочи на ХГ положительная, а Пл/Я в М и за ее пределами не обнаружено, единственной возможностью для эходиагноста прояснить данную противоречивую ситуацию является назначение повторного УЗИ. Характерно, что с позиции эмбриональной кинетики, чем больше интервал между первичным и контрольным исследованиями, тем нагляднее и достовернее результаты второго этапа УЗ-мониторинга. Оптимальный срок для выполнения повторного УЗИ — через 1 неделю, в течение которой эмбриональный объект существенно увеличивается в размерах и, будучи невидимым при первичном осмотре, почти всегда (при физиологической имплантации) отчетливо определяется во время второго эхосканирования.

* Самая многочисленная (40%) группа беременных, обследуемых в промежутке от 2-3 до 6 НБ.

Впрочем, клиническая практика свидетельствует о наличии исключений из данного правила. Например, если оплодотворение с имплантацией в полости М наступает на фоне овариальной дисфункции, предшествующей последней овуляции. В таких наблюдениях продолжительность задержки месячных всегда значительно больше истинного гравидарного срока, а результаты второго этапа динамического УЗИ, проводимого с подозрением на БРС, часто бывают отрицательными. Подобная ситуация у женщин с обычно регулярным менструальным циклом может рассматриваться как случайное совпадение функционального гормонального нарушения с последующим овуляторным циклом, в котором и наступает зачатие. В то же время для пациенток с привычно нерегулярными месячными указанный вариант развития «событий» довольно типичен. В обоих случаях тактика врача-УЗИ и гинеколога сугубо индивидуальна, а действительное положение дел уточняется в процессе комплексного обследования, включающего серию гинекологических осмотров, неоднократное тестирование на ХГ и проведение дополнительных эхосканирований (в 3-й и даже 4-й раз после первичного исследования).

Аналогичный вариант субъективных, эхографических и биохимических проявлений отмечается и при такой казуистической форме неразвивающейся маточной беременности, как персистенция трофобласто-хориона без формирования Пл/Я (подробности в книге: «УЗИ при БРС». М., 2002. Гл. IV, с. 205).

Отчасти это относится и к прогрессирующей ВМБ, невидимой при первичном исследовании, потому что на втором этапе УЗ-мониторинга, в 4 или 4-5 НБ, вероятность УЗ-манифестации эктопического Пл/Я значительно увеличивается. Если же при контрольном УЗИ положение дел не меняется, т.е. — при наличии длительной задержки месячных (2, 2-3 нед.) и положительном грави-тесте в М и вне М Пл/Я не видно, а в полости М лоцируется децидуальный Э, то данный факт служит веским основанием для высказывания серьезных и уже вполне обоснованных подозрений в пользу эконегативного варианта трубной имплантации.

Действия врача-УЗИ при неинформативных результатах двухэтапного исследования — все перечисленные выше детали клинко-эхографической картины должны быть отражены в протоколе динамического УЗ-обследования. А именно:

- 1) если пациентка не была на приеме гинеколога, то после оформления «шапки» протокола-УЗИ (дата, № исследования, паспортные данные) нужно указать продолжительность менструальной задержки и результаты мочевых грави-тестов;
- 2) сделать развернутое описание состояния М, Э, Я и окружающих их тканей, с обязательной акцентацией факта отсутствия Пл/Я (при первом и втором исследованиях) как в М, так и за ее пределами — «в полости М и вне М Пл/Я не найдено» или, после регистрации того, что в М эмбриональной камеры не обнаружено, — «в полости м/таза патологических О, подозрительных на ВМБ, не определяется» и т. п.;
- 3) также следует отметить отсутствие косвенных эхосимптомов трубной беременности — «гидросальпингса нет», «свободной жидкости в малом тазу нет»;
- 4) в заключительной части УЗ-протокола должно быть еще раз подчеркнуто, что прямых признаков маточной и внематочной беременности не обнаружено, например — «при двухэтапном УЗИ с интервалом в 1 неделю в

полости М Пл/Я не выявлено, данных за ВМБ не получено»; вполне допустимо и такое дополнение к последней фразе — «что не исключает возможности эхонегативного варианта трубной беременности» или «эхонегативная форма ВМБ?». Далее фиксируются следующие рекомендации: обязательно — «консультация гинеколога», желательно — «тестирование сыворотки крови на ХГ» и дополнительное УЗИ.

Столь пристальное внимание к формальным деталям составления УЗ-протокола в случаях, когда имеется риск ВМБ, а верифицировать ее с помощью УЗИ не удастся, в первую очередь объясняется необходимостью правильной и всесторонней ориентации гинеколога амбулаторной службы, который будет заниматься пациенткой после эхографического обследования. Ведь именно гинеколог формирует официальное клиническое представление о больной и, по большому счету, несет ответственность за ее «дальнейшую судьбу». Кроме того, предлагаемый стиль составления протокола УЗИ не только отражает добросовестно проделанную исследователем большую и трудную работу, направленную на выявление экосимптомов эктопической nidации (двухэтапно, с помощью ТВ-датчика, в комплексе с тестированием мочи на ХГ), но и показывает все его сомнения и затруднения. С одной стороны, если ВМБ осталась нераспознанной до операции, это заочно нивелирует вполне возможные упреки в диагностической близорукости, формализме и недостаточной профессиональной подготовке эхолога — от гинекологов ЖК, стационара и даже коллег по специальности; с другой стороны, защищает его от тех же обвинений (иногда вплоть до судебного разбирательства), нередко выдвигаемых агрессивно настроенной пациенткой.

Назначение количественного биохимического анализа плазмы крови на ХГ — прерогатива гинеколога, но данную рекомендацию полезно продублировать. Как известно, не менее чем в 86–90% случаев всех эктопических nidаций содержание ХГ в сыворотке (после 3 НБ) достоверно ниже, чем при маточной беременности. Данная закономерность позволяет сформулировать следующий постулат: если в обозначенной клинической ситуации тестирование крови на ХГ дает положительный результат, но содержание этого гормона существенно меньше значений, характерных для маточной беременности тех же сроков, то это, в сочетании с отрицательным результатом динамического УЗИ (на фоне менструальной задержки), следует рассматривать как косвенный признак эктопической nidации, служащий показанием к госпитализации и проведению лапароскопии. Однако не стоит забывать, что 10–14% наблюдений ВМБ, когда уровни ХГ совпадают с физиологическим гравидарным процессом, приходится именно на период ненарушенного развития Пл/Я в истмическом отделе трубы. Следовательно, более чем в половине (52–67%) случаев перешеечно-трубных имплантаций количественные результаты реакции крови на ХГ неспецифичны, что, конечно, не прибавляет оптимизма диагностам, но отражает действительное положение дел. В основном это касается врачей гинекологического стационара, которые осуществляют динамический УЗ-контроль (через 2–3 дня) и оценку кинетики нарастания ХГ; разумеется, не забывая о риске разрыва трубы в любой момент после 4, 4–5 НБ.

Таким образом, организация динамического обследования при отрицательном результате первичного УЗИ в предполагаемые сроки 3 и 3–4 НБ обеспечивает получение (в процессе второго исследования, через 1 нед.) дополнительной объективной информации, позволяющей после исключения маточной имплантации если не уточнить диагноз трубной беременности, то выработать грамотную тактику ведения пациентки. Полезно отметить, что, назначая повторное УЗИ, не следует сразу же обескураживать женщину своими подозрениями на возможную трубную беременность, потому что 83% эхонегативной (в 3 и 3–4 НБ) формы БРС приходится на долю варианта необычного течения маточной имплантации на сверхранних сроках, а частота ВМБ не превышает 17%. Кроме того, сам врач-УЗИ может не испытывать опасений в плане вероятного разрыва МТр, касающихся сравнительно большого интервала (1 нед.) между двумя исследованиями, на протяжении которого пациентка, как правило, «выпадает» из поля зрения медицинской службы. Как уже отмечалось, острое прерывание прогрессирующей в перешейке МТр беременности наступает после 4, 4–5 НБ. Из этого следует, что при предполагаемом на первом этапе динамического УЗИ гравидарном сроке 3 НБ выполнение повторного исследования через 1 неделю (в 4 НБ) совершенно безопасно. Если же контрольное сканирование предлагается пациентке с первоначальной менструальной задержкой 9–12 дней (3–4 НБ), то риск перфорации трубы через 1 неделю, в 4–5 НБ, а точнее — в течение нескольких дней после 4 НБ, очень невелик — 5–8%.

Столь продолжительные рассуждения о тактике эхографиста при истмическо-трубной имплантации на сверхранних сроках (3 и 3–4 НБ) продиктованы весьма ограниченными возможностями УЗИ в указанном гравидарно-хронологическом промежутке. Дело в том, что обнаружить и идентифицировать эктопическое Пл/Я или хотя бы только увидеть (заметить) параовариальное жидкостное О, подозрительное на ВМБ, в этот период (задержка 7–12 дней) удастся лишь у 7–10% больных*. Однако ни относительно небольшая частота ВМБ вообще (2,5% от всех случаев БРС), особенно — варианта локализации ее в перешейке МТр (18–24% трубных nidаций), ни значительные трудности УЗ-визуализации внематочной эмбриональной камеры отнюдь не освобождают врача-УЗИ от необходимости проведения (если в полости М Пл/Я не обнаружено) целеустремленной эхолокации на предмет выявления эмбрионального объекта за пределами М. Тем более что у некоторых пациенток такие попытки могут быть успешными. В противном случае нет смысла рассуждать о ранней диагностике ВМБ (всех ее модификаций) вообще.

* * *

Для осуществления направленного эхографического поиска с целью эффективной УЗ-визуализации прогрессирующей в перешейке трубы беременности врач-УЗИ должен отчетливо представлять ответы на три предварительных, но очень важных вопроса.

* Приведенные значения показателя УЗ-выявляемости ненарушенной истмическо-трубной беременности в указанный период почерпнуты из ряда литературных источников, что подтверждается анализом практической работы многих УЗ-кабинетов, деятельность которых связана с распознаванием ВМБ.

Что должно быть обнаружено вне **М** и отдельно от УЗ-изображения **Я**?

Параовариальное жидкостное **О** правильной округлой или овальной формы, располагающееся в полости м/таза изолированно от **М** и **Я**. Содержимое однородное. Размеры примерно на 10% меньше величины развивающегося в **М** Пл/Я. Такое отставание объема эктопического амниона обусловлено, с одной стороны, тем, что расположенный в истмическом отделе **МТр** эмбриональный комплекс не имеет того «жизненного пространства» для роста, как в полости **М**, и с другой стороны — пониженным уровнем секреции амниотической жидкости. Внутренний диаметр эмбриональной камеры составляет в 3 НБ в среднем 6–8 мм, а в 3–4 НБ — 8–10 мм. Толщина стенок эктопического Пл/Я такая же, как и при маточной беременности, 3–4 мм. Более крупные, чем в 2–3 НБ, размеры гравидарной полости (6–10 мм в Ø) и, главное, существенное нарастание толщины ее стенок создают в ряде случаев благоприятные условия для обнаружения эктопического Пл/Я на фоне всегда присутствующих в полости м/таза артефактов, связанных с УЗ-изображением кишечника и сосудов. В процессе идентификации ненарушенной ВМБ в сроки 3 и 3–4 НБ особенно важна регистрация симптома относительно «толстых стенок» (3–4 мм), придающих незначительному по величине жидкостному **О** более или менее специфические черты эмбрионального объекта. Именно этот признак делает возможным дифференциацию располагающегося вне **М** Пл/Я от поперечных УЗ-сечений параметральных сосудов, небольшой параовариальной кисты и гидросальпинкса, эхосрезы стенок которых обычно не превышают 1–2 мм.

Есть и другие, дополнительные микросимптомы, способствующие УЗ-распознаванию трубной нидации в сверхранний период ненарушенного развития, но их целесообразно разобрать при анализе иллюстративного материала.

В остальном эхокартина полости м/таза такая же, как и в 2–3 НБ или при эхо-негативном варианте маточной БРС, когда о совершившемся оплодотворении свидетельствуют только наличие в **М** децидуального Э без Пл/Я, а также — задержка месячных и положительный тест на ХГ.

Где следует искать во время эхолокации полости м/таза обозначенный выше патологический объект?

Ответ на этот вопрос вытекает из знания топографии верхнего (проксимального) отрезка **МТр** — ее перешейка или, иначе, истмического отдела. Операционные, секционные и гистеросальпингографические находки предлагают три варианта отхождения яйцевода от одного из углов **М** (рис. 6). Чаще всего верхняя часть **МТр** направляется сразу вниз, под острым углом к вертикальной оси, плавно переходя в ампулу на уровне верхней и средней трети тела **М**. В других наблюдениях перешеек трубы располагается горизонтально или почти горизонтально, несколько отклоняясь вверх или вниз от воображаемой средней линии, соединяющей углы **М** в поперечной проекции; а затем, на границе с ампулой, изгибается под прямым углом ($\pm$ несколько градусов) резко вниз. Реже истмический отдел отходит вверх, потом дугообразно смещаясь вниз. Общая черта для всех топографических модификаций тубарного перешейка — отклонение его несколько кзади от фронтальной плоскости **М**.

Как видно на рис. 6, зона наиболее эффективного прицельного УЗ-поиска эктопического Пл/Я при истмической имплантации довольно ограничена, что сужает топографический объем направленного сканирования... но, несмотря на это, ничуть не облегчает диагностической задачи. Область максимального диагностического интереса, где вероятность обнаружения внематочного зародыша особенно высока, располагается на уровне верхней трети тела **М** (около одного из углов), распространяясь от ее боковой поверхности на 50–60 мм в латеральном направлении и примерно на 20–30 мм кзади и несколько вниз.

Еще один очень важный момент касается наличия или отсутствия кисты ЖТ в одном из **Я** (чаще в правом). Ранее отмечалось, что в подавляющем большинстве наблюдений ВМБ лютеиновое **О** располагается на стороне эктопической нидации.

Вполне закономерное явление. Перед овуляцией, под воздействием эстрогенной стимуляции, обе **МТр** рефлекторно сокращаются и их фимбриальные концы одновременно приближаются к обоим **Я**. Однако освободившаяся во время овуляторного разрыва фолликула яйцеклетка почти всегда попадает именно в ту трубную воронку, которая располагается в непосредственной близости от овулирующего **Я**; проще говоря — в просвет трубы на стороне овуляции. В то же время ЖТ (мягкотканное, мягкотканно-жидкостное, кистозное) образуется только в овулировавшем **Я**.

Следовательно, расположение ЖТ в правом или левом **Я** указывает эхографисту сторону (справа или слева от **М**), где вероятность визуализации эктопической нидации особенно велика.

Как нужно осуществлять направленный эхографический поиск эктопического Пл/Я?

Не вызывает сомнений тот факт, что главным способом УЗ-манифестации ВМБ, особенно на начальном этапе развития (до 4–5 НБ) эктопического гравидарного процесса, является ТВ-исследование. Действительно, значительная чувствительность ТВ-датчика, позволяющая различать очень мелкие детали оптико-акустической картины, и возможность подведения сканирующей поверхности непосредственно к изучаемому объекту (контактное сканирование) определяют высокую разрешающую способность и, соответственно, большую

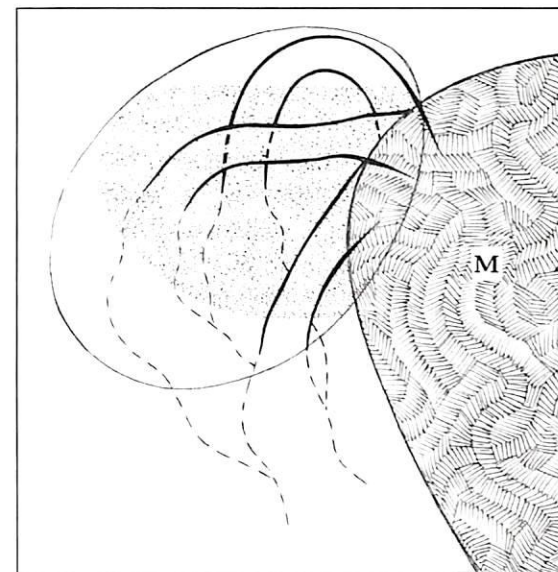


Рис. 6. Топография истмического отдела **МТр**.

Сплошная линия, замыкающая овал, показывает зону повышенного риска визуализации локализуемого в перешейке трубы Пл/Я. Штриховка внутри этой зоны обозначает область максимального диагностического интереса.

диагностическую эффективность ТВ-УЗИ. Именно поэтому в настоящее время отчетливо прослеживается стойкая тенденция к полному отказу от трансабдоминальной (обзорной) эхолокации полости м/таза с переходом исключительно на ТВ-модификацию метода для решения гинекологических (акушерско-гинекологических) проблем. Безусловно, это шаг назад в УЗ-распознавании ВМБ в частности и в эходиагностике гинекологической патологии вообще. Дело в том, что ТВ-исследование дает дискретную картину репродуктивных органов, когда **М**, **Э**, оба **Я**, **ШМ** и окружающие их ткани изучаются селективно, зачастую вне единой анатомо-топографической связи друг с другом. В результате, врач-УЗИ формирует столь важное для диагностического процесса общее впечатление об увиденном по отдельным «обрывкам» УЗ-изображения. В то же время трансабдоминальное УЗИ всегда демонстрирует развернутую обзорную картину исследуемой области, когда **М**, **ШМ**, **Я** и **МП**, а также позадиматочное, параметральные и параовариальные пространства предстают перед исследователем в виде комбинированного эхографического образа — единого анатомического комплекса, ограниченного сверху **МП**, а латерально, снизу и сзади — костными стенками. Это позволяет получить общее представление о всей полости м/таза в целом и на его основе определить конкретные цели и задачи прицельного ТВ-УЗИ.

Из сказанного вытекает логичный вывод — исследование должно быть двухэтапным.

I. Эхографическое обследование начинается с обзорного (трансабдоминального) сканирования. При этом вовсе не обязательно требовать от женщины тугого заполнения **МП**, что необходимо только при расположении **М** в *retroflexio* или в случае выраженной дискинезии толстой **К**. Вполне достаточно полупустого (или, скажем так, наполненного наполовину) **МП**, что необременительно для пациентки и позволяет осуществлять локальную компрессию УЗ-датчиком **М**, **Я** и обнаруженных патологических **О**. Если же женщина пришла на УЗИ с пустым **МП**, то и это вовсе не исключает полезности трансабдоминального исследования. Разумеется, приведенные положения справедливы при использовании современной аппаратуры, применении дозированной компрессии через переднюю брюшную стенку, эхолокации в подвижном диагностическом режиме — с послойной гармонизацией изображения, многоуровневой фокусировкой и электронным увеличением.

В сроки 3 и 3-4 НБ, при маточной имплантации, трансабдоминальное УЗИ в 68–78% случаев позволяет выявить в полости **М** Пл/Я и, тем самым, после обязательного изучения **Я** и т.д., завершить обследование, не прибегая к помощи ТВ-датчика. В противном случае, когда Пл/Я в **М** не обнаружено, но все же имеет место беременность, а не дисгормональное нарушение, на первом этапе уточняются задачи предстоящего ТВ-исследования: продолжение поиска Пл/Я в полости **М**, прицельное изучение обеих параметральных областей (преимущественно той, где определяется ЖТ в **Я**) на предмет обнаружения признаков эктопической нидации. Кроме того, именно во время обзорного сканирования, когда врач и пациентка могут видеть друг друга, лучше всего проводить собеседование, в ходе которого уточняются субъективные проявления, ставшие при-

чиной обращения на УЗИ, а также результаты грави-теста(ов), сопутствующие жалобы и пр. Поступившая от женщины информация в сочетании с данными трансабдоминального УЗИ позволяет эхографисту уже перед вторым этапом обследования получить более или менее объективное представление о пациентке и сформулировать вероятные диагностические гипотезы: 1) невидимая при эхолокации маточная беременность; 2) функциональное нарушение менструального цикла; 3) ВМБ.

II. Второй, а при отрицательном результате трансабдоминального сканирования обязательный, этап комплексного УЗ-обследования — ТВ-УЗИ. Осуществляется после опорожнения **МП***. Если же пузырь наполнен менее чем на 20%, то это не препятствует выполнению ТВ-исследования. Напротив, нижняя стенка **МП** может служить надежным ориентиром верхней границы лоцируемого объема. Более того, в случае топографически высокого положения трубного перешейка, на фоне содержащейся в пузыре жидкой среды иногда удастся лучше видеть локализующийся в верхнем отделе трубы эмбриональный объект.

Первый, и очень важный, вектор направленного ТВ-УЗИ — изучение полости **М** и, конечно же, всей **М** в целом, включая ее перешеечный отдел и **ШМ**. После регистрации факта отсутствия Пл/Я в типичном месте, а также в маточных отделах обеих труб, в просвете перешейка **М** и канале **ШМ**, производится количественная и качественная оценка гравидарной слизи, во время которой обращают внимание на симптомы децидуализации **Э**. Затем выполняется сканирование **Я** (их размеры и структура). При этом фиксируется расположение **Я** относительно **М** и стенок м/таза, уточняется локализация и акустические параметры ЖТ, проверяются подозрения на наличие параовариальных спаек. В процессе эхолокации **М** и **Я** обязательно производится осмотр позадиматочного пространства, прилегающих к нему боковых внутренних стенок м/таза и параовариальных областей около нижних полюсов **Я**, т.е. — естественных углублений, где может быть обнаружена свободная жидкость (кровь).

Второй из основных векторов УЗ-распознавания прогрессирующей в яйцеводе беременности — прицельное изучение с помощью ТВ-датчика зоны эффективного эхографического поиска (рис. 6).

Теоретические аспекты положения о направленном эхосканировании уже изложены в начале данной главы. К этому стоит добавить, что ТВ-датчик служит оптимальным инструментом прицельной эхолокации. Особенно, когда речь идет о таком сложном деле, как визуализация ненарушенной ВМБ, тем более в 3, 3-4 НБ; к тому же локализующейся в истмическом отделе трубы, где отрицательное влияние фоновых артефактов (содержимое **К**, «обогащенное» во время беременности сосудистое русло), перекрывающих УЗ-изображение эктопического Пл/Я, максимально. При этом поисковая задача изначально осложнена тем, что

* Вполне допустима такая рекомендация: если мочевого теста на ХГ еще не сделан, то целесообразно в процессе опорожнения **МП** (содержащего довольно концентрированную мочу) выполнить грави-тест, положительный ответ которого позволяет сразу отказаться от второго варианта диагностической концепции — гормональной дисфункции — и придает следующему этапу исследования исключительно гравидарную направленность.

сами по себе неизменные **МТр** в процессе УЗ-сканирования не видны. Визуализация яйцеводов становится реальной, и то далеко не всегда, только при наличии там патологического процесса (воспалительного, гравидарного...). Из этого следует, что целенаправленный характер эхолокации **МТр**, обеспечивающий более или менее успешное выявление внематочного эмбрионального объекта в фазе ненарушенного развития (независимо от локализации и срока беременности), придают следующие факторы: правильно выбранная диагностическая гипотеза, знание нормальной анатомии и, безусловно, личный опыт врача-УЗИ в поиске и идентификации рассматриваемой патологии.

Невозможно регламентировать процесс манипулирования ТВ-датчиком во время прицельного изучения верхней параметральной области — зоны дислокации имплантированного в перешейке трубы Пл/Я. Вместе с тем, основные принципы направленного сканирования при ВМБ неизменны.

Во-первых, исследование должно быть полипозиционным, когда «просвечивание» лоцируемого пространства осуществляется под разными углами (серия продольных, поперечных, косых и аксиальных проекций), что достигается поворотами, наклонами, продольными и боковыми смещениями датчика. Целесообразно применять элементы обзорного осмотра, когда прибор подтягивается вниз (на себя), а сканирующая поверхность его направляется вверх и в стороны, что позволяет оценивать довольно большие объемы. Наиболее же информативно контактное исследование, совершаемое бимануально, — свободной рукой врач производит дозированную компрессию передней брюшной стенки над объектом, благодаря чему создается максимальное приближение источника эхосигналов к исследуемому **О***. Весьма полезен и такой прием. Продольно или косо установленный датчик медленно и плавно смещается от наружной поверхности угла **М** в латеральном направлении (и обратно), по ходу предполагаемого расположения перешейка **МТр**. Данная манипуляция повторяется многократно, с незначительными смещениями сканирующего устройства вниз, вверх и, обязательно, кзади. В процессе поступательного движения датчика (с элементами маятникообразных, тракционных и вращательных движений) происходит «считывание» визуальной информации с большого числа поперечных и поперечно-косых эхосрезов зоны повышенного риска истмической имплантации. Нередко на одном из отрезков этого смещения фиксируется искомый патологический объект, попадающий в проекцию упорядоченного (но не хаотичного), целеустремленного (а не случайного), динамически-полипозиционного и в то же время прицельного УЗ-поиска.

Имеет смысл подчеркнуть, что эффективное выполнение направленной, прицельной эхолокации предполагает мастерское владение врачом-УЗИ кинетикой ТВ-сканирования.

Во-вторых. Достоверное распознавание ВМБ немыслимо без соблюдения принципа повторяемости первоначально замеченных эхосимптомов (первич-

* В процессе бимануальной (пальпаторно-тракционной) эхолокации не стоит делать чересчур сильных и резких движений, поскольку форсированное исследование почти всегда болезненно или, скажем так, вызывает неприятные ощущения у пациентки.

ного впечатления) на протяжении всего исследования. Это аксиома УЗ-диагностики, не нуждающаяся в дополнительных пояснениях. Стоит лишь подчеркнуть необходимость критического отношения исследователя к собственным субъективным ощущениям от увиденного образа. Поспешность здесь недопустима, потому что только путем многочисленных повторений проделанных ранее манипуляций ТВ-датчиком, дающих один и тот же результат (эмбриональная камера в проекции **МТр**), можно принять первичное впечатление в качестве объективно существующей клинической реальности. Особенно, когда речь идет о таком опасном для пациентки, а также трудном и ответственном для эхографиста диагнозе, как ВМБ... или, даже, только при подозрении на данную патологию.

В процессе неоднократных и взаимодополняющих проверок факта действительного присутствия в области перешейка **МТр** патологического жидкостного **О** производится детальный анализ его локализации (топографии) и оптико-акустических качеств.

В первую очередь оценивается взаиморасположение найденного объекта по отношению к **М** и **Я**, а также к петлям **К** и **МП**, — тубарное (параовариальное) **О** лоцируется отдельно от указанных анатомических структур, за пределами их эхографических границ и, поэтому, не имеет с ними интимной связи. Это подтверждается определением характера и степени подвижности **О** с помощью дозированных тракций его ТВ-датчиком (селективно или бимануально). Данный прием почти всегда показывает смещаемость тубарного объекта (когда нет выраженных рубцовых изменений) относительно **М**, **Я**, **К** и **МП** в пределах 5–18 мм от устойчивого положения. Пальпаторно-тракционное исследование осуществляется очень осторожно и, как правило, в 3 и 3–4 НБ не вызывает болевых ощущений (если нет перитубарных спаек).

Одновременно или после выяснения топографических нюансов уточняется эхоэмиотика выявленного жидкостного параметрально-параовариального **О**, а именно: размеры (7–12 мм в Ø), структура содержимого (однородная), характер капсулы. При этом особое внимание следует уделять изучению оболочки объекта, поскольку с чисто эхографической позиции (в отрыве от субъективных проявлений и результата тестирования на ХГ) чаще всего только наличие равномерно утолщенных стенок (до 4–5 мм) отличает на сверхранних сроках беременности эктопическое Пл/Я от большинства параовариальных жидкостных **О** негравидарной природы.

В-третьих. Как уже не раз упоминалось в предыдущих публикациях автора, качество и эффективность эхографического поиска во многом определяются умением исследователя создавать в собственном сознании объемный образ УЗ-изображения — «ментальную голограмму» патологического очага и всего лоцируемого объема, построенную в результате анализа и синтеза дискретных, непрерывно меняющихся полипозиционных и бесконечно множественных УЗ-проекций (сечений, срезов). Это достигается активацией таких функций и способностей зрительного анализатора, как визуально-пространственное мышление, объемное восприятие и логическая адаптация оптико-акустических сигналов-образов, ассоциативная идентификация их с помощью анатомо-топогра-

фической и УЗ-морфологической дифференциации, синтетический анализ полученной информации. Примечательно, что весь этот сложный процесс осуществляется оперативно, почти мгновенно — в «режиме реального времени», ограниченно-хронологическими рамками одного исследования. Перечисленные качества эходиагноста, врожденные и приобретенные, но всегда развитые и отточенные повседневной работой, обеспечивают формирование в воображении исследователя мысленного трехмерного «макета» изучаемой области — максимально приближенного к морфологическому аналогу и, в то же время, скиалогически прозрачного, — целостной и потому наиболее объективной картины всего увиденного на экране эхотомографа.

В-четвертых. Все обнаруженные во время эхолокации детали УЗ-изображения, представляющиеся отклонениями от физиологического состояния (например, эхокартина полости **М** без **Пл/Я** и пр.), должны быть отражены в протоколе исследования и, желательно, зафиксированы в виде принтерной распечатки.

С., 23 лет. Обратилась в ЖК в связи с задержкой месячных на 8–9 дней, для прерывания нежелательной БРС. Мочевой тест на ХГ ⊕.

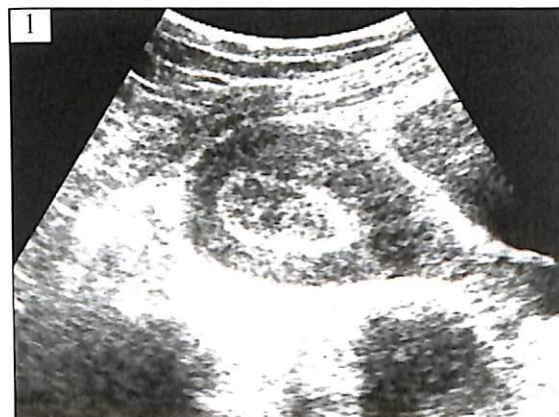


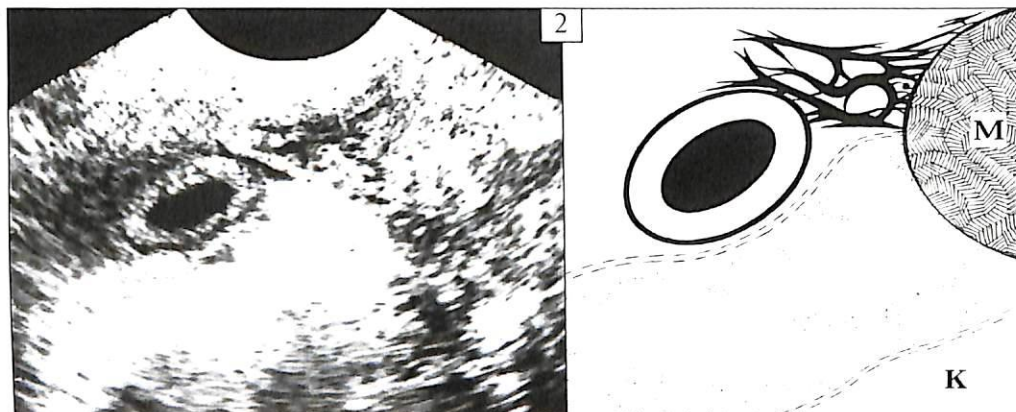
Рис. 7. Прогрессирующая ВМБ в перешейке МТр, 3–4 НБ: 1) обзорная эхограмма **М** и **Э**; 2) ТВ-УЗИ; 3) графическая реконструкция общей эхокартины.

1. Трансабдоминальное УЗИ.

М несколько больше нормы, миометрий без патологии. В ее полости: 1) **Пл/Я** не определяется; 2) лоцируется утолщенный до 17–18 мм **Э** с характерной для децидуальной слизистой краевой зоной повышенной плотности, замыкающей низкоплотностную губчатую ткань; контуры **Э** ровные, местами нечеткие.

Я не изменены. За пределами **М** и **Я** патологических **О** не обнаружено. Свободной жидкости в м/тазу нет.

2. ТВ-УЗИ. Подтвердило результаты обзорного сканирования, касающиеся оценки **М**, **Э** и **Я**.
Дополнительная информация: в процессе направленного эхографического поиска с помощью ТВ-датчика в верхней части правой половины м/таза обнаружено патологическое

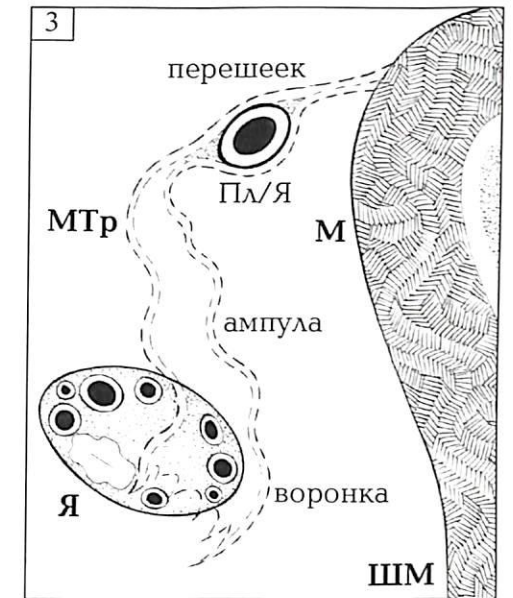


жидкостное **О**, располагающееся отдельно от границ **М** и **Я**. Топография: справа и кзади от **М**, на расстоянии 18–20 мм от наружной поверхности ее правого угла; примерно на 47 мм выше верхнего полюса правого **Я**, который лоцировался на уровне перешейка и средней трети тела **М**. УЗ-характеристики **О**: форма правильная овальная, 11 × 6 мм, содержимое полости однородное, толщина стенок 4 мм. Между углом **М** и патологическим объектом видны множественные сосудистые коллатерали. Вдоль нижней стенки **О** прослеживается просвет **К** (пунктир) с грубыми фекальными массами.

Заключение: эходанные позволяют высказаться о ненарушенной трубной беременности (3–4 НБ) в верхней части правой МТр.

Больная поставлена в известность о результатах УЗИ и направлена к участковому гинекологу.

При лапароскопии (и гистологическом исследовании послеоперационного препарата) диагноз прогрессирующей правосторонней ВМБ подтвержден. Истмический отдел правой МТр неравномерно утолщен до 18–20 мм, гиперемирован, сосуды брыжейки трубы расширены, целостность серозной оболочки не нарушена; крови в брюшной полости нет.



Аналогичное наблюдение (менструальная задержка 11 дней).

Результаты обзорной эхолокации такие же, как и в предыдущем случае (рис. 7).

Рис. 8 (1,2). Эктопическое **Пл/Я** в истмическом отделе МТр — прогрессирующая ВМБ, 3–4 НБ.

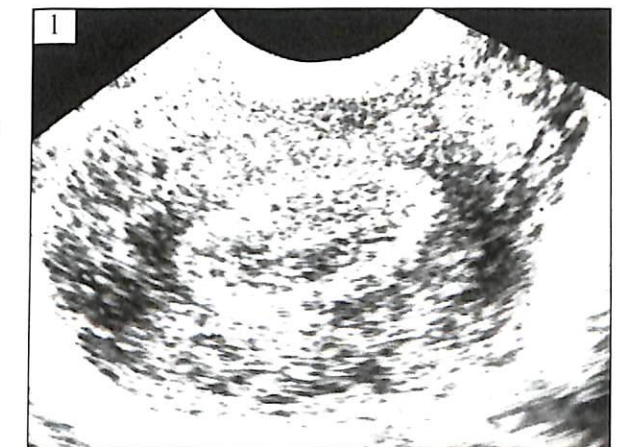
ТВ-УЗИ.

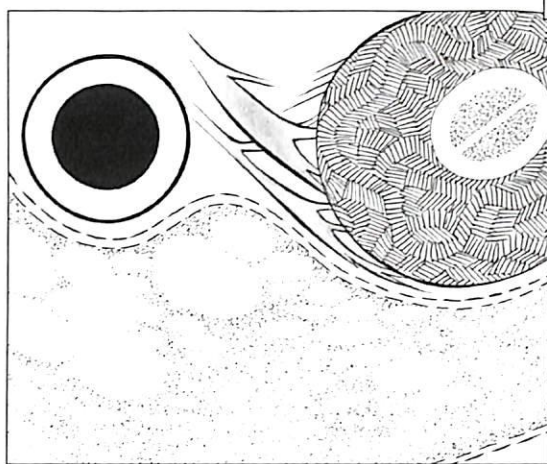
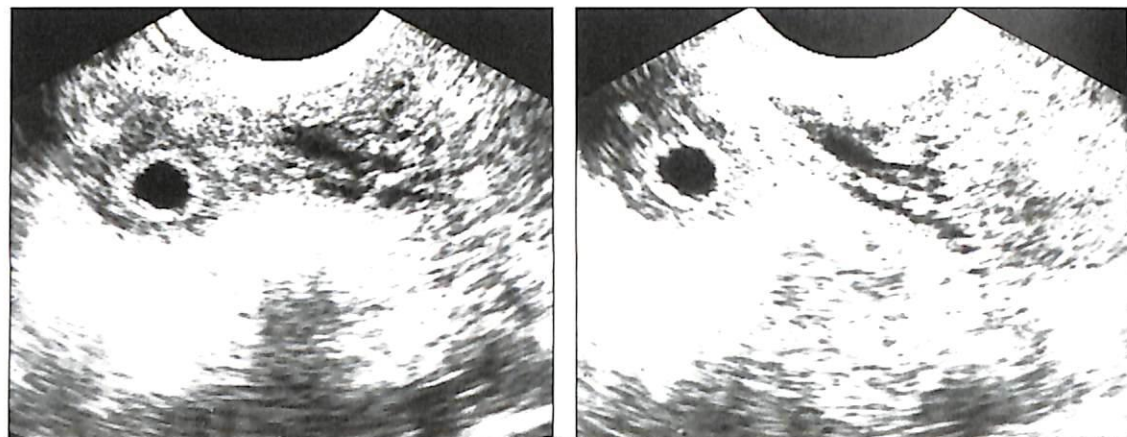
1. **М** имеет обычный вид. В полости **М**: **Пл/Я** нет; децидуальный **Э** = 13 мм. Строение его трехслойное, с хорошо выраженным компактным слоем по периферии и узкой разделительной линией в центре, контуры на границе с миометрием «размытые».

2 (эхограммы и схема на следующей странице). В верхней части правой параметральной области, на уровне правого угла **М**, но изолированно от нее и правого **Я**, выявляется патологическое жидкостное **О**: округлое, 11–12 мм в $\varnothing$, структура содержимого однородная, толщина стенок 3–4 мм. Особенности локализации — на 33 мм латеральнее наружного края верхней трети **М** и на 50–52 мм выше **Я**. В области угла **М** видны ветви расширенных сосудов.

Заключение: ВМБ, справа; скорее всего в перешейке отдела трубы; без признаков нарушения.

Лапароскопическое подтверждение диагноза.





2

Далеко не всегда при менструальной задержке 7–12 дней обнаруженный в процессе сканирования параметрально-параовариальный патологический объект лоцируется достаточно отчетливо или, из-за небольших размеров, имеет явные черты именно эмбриональной камеры. В таких наблюдениях, когда уверенная констатация факта ВМБ затруднительна, но и исключить такую возможность нельзя, вполне допустима следующая тактика. В УЗ-протоколе, после описания необычной эхографической наход-

ки (локализация, размеры, эхоосемиотика), высказывается подозрение на эктопическую беременность, а для уточнения диагноза рекомендуется выполнить повторное исследование. Например: «в ... определяется жидкостное О, подозрительное на ненарушенную трубную беременность. Для уточнения — консультация гинеколога, контрольное УЗИ через неделю», или: «в проекции левой (правой) МТр имеется патологический объект — эктопическое Пл/Я? Контроль через 1 неделю» и т.п. Полезно еще раз напомнить, что назначение повторного УЗИ через 7-дневный интервал, когда при первом исследовании срок гестации равен 3 НБ, безопасно в плане возможного разрыва трубы за это время; а при первоначальном сроке 3–4 НБ — почти безопасно, так как при этом риск перфорации тубарной стенки незначителен.

Одна неделя между двумя УЗИ является оптимальным временным промежутком для уверенной оценки эмбриональной динамики. Конечно, только в том случае, если первоначально увиденный объект — действительно эктопическое Пл/Я, а не артефакт, или небольшая параовариальная киста (как правило, выявляется случайно), или, реже, ограниченный гидросальпингс. Выполнение контрольного УЗИ через меньший интервал менее эффективно, так как физиологические изменения эмбрионального комплекса будут менее показат-

тельными, что существенно снижает достоверность результатов УЗ-мониторинга. В то же время в течение 7 дней трех- или трех-четырехнедельная эмбриональная камера (неотчетливо лоцируемая при первичном УЗИ) увеличивается примерно на 6 мм и обычно становится хорошо видимой на втором этапе динамического обследования*. В меньшей степени нарастает толщина ее стенок (на 2 мм). Состояние полости М: без динамики, реже толщина децидуального Э увеличивается на 2–4 мм. Констатация при повторном прицельном сканировании указанных изменений эхосимптоматики первично выявленного (но недостаточно убедительно) жидкостного О позволяет уже достоверно высказаться о прогрессирующей трубной беременности (рис. 9). В отличие от эктопического Пл/Я, УЗ-качества параовариальной кисты или гидросальпингса за прошедшую неделю не меняются. Если же в процессе первого УЗИ была допущена ошибка (эхографический артефакт или так называемый «глюк»), то при контрольной эхолокации — изображения обнаруженного ранее «О» не определяется. Показательно, что проведение направленного УЗ-поиска на втором этапе динамического обследования в большинстве случаев не вызывает таких затруднений, как при первичном сканировании, и весьма эффективно, поскольку, исходя из данных предыдущего исследования, эходиагност уже совершенно точно знает, «что» и «где» (и даже «как») он должен обнаружить во время контрольного УЗИ.

К., 27 лет. Задержка месячных 6–7 дней. УЗИ перед мини-абортом. Жалоб (болей или дискомфорта внизу живота, кровянистых выделений) нет.

Трансабдоминальное исследование.

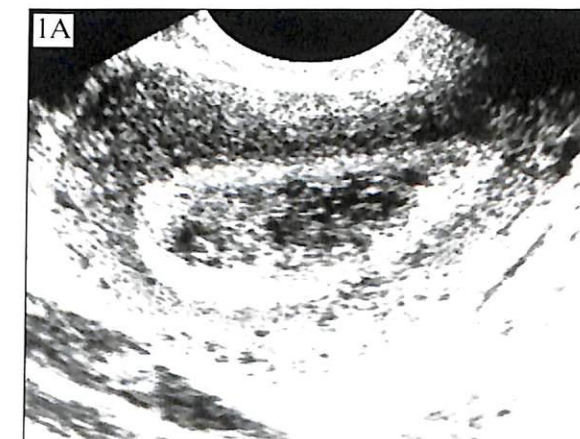
В М и за ее пределами Пл/Я не выявлено. В полости М определяется утолщенный до 20 мм Э gravidарного вида. Левый Я без особенностей; в правом — эхо-позитивное включение лютеинового типа, 13 × 9 мм. Свободной жидкости в м/тазу нет.

Решено выполнить ТВ-УЗИ. Пациентке рекомендовано сделать мочевого тест и, с его ответом и пустым МП, сразу же подойти в УЗ-кабинет для сканирования ТВ-датчиком.

Рис. 9 (1, 2, 3). Динамика эхокартины прогрессирующей ВМБ в перешейке МТр.

ТВ-УЗИ на первом этапе обследования (срок гестации 3 НБ).

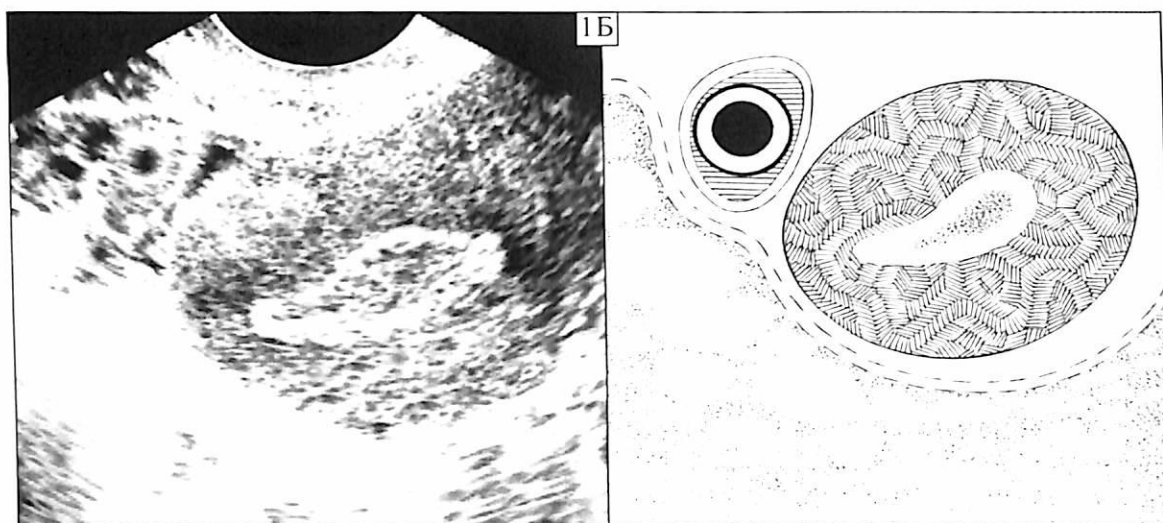
1А. Размеры М соответствуют верхней границе нормы, без ФМ-узлов и признаков аденомиоза. Э = 19–20 мм, с утолщенным до 5–6 мм компактным слоем, окружающим неоднородную губчатую ткань; вокруг него, в пограничных участках миометрия прослеживается диффузная зона повышенной васкуляризации. Пл/Я или косвенных УЗ-симптомов физиологической имплантации нет.



* При истмической трубной имплантации темпы роста Пл/Я примерно такие же, как и в норме.

Наличие задержки месячных (1 нед.) и положительного теста на ХГ, а также присутствие в полости М типичного децидуального Э без Пл/Я позволили исключить овариальную дисфункцию и в дальнейшем рассматривать только гравидарные варианты диагностической гипотезы: 1) эконегативная форма маточной беременности; 2) ВМБ.

Предприняты энергичные попытки направленного поиска Пл/Я за пределами М.



1Б. На эхограмме показано аксиально-поперечное УЗ-сечение М и ее полости (на уровне углов М), с незначительным наклоном ТВ-датчика вправо.

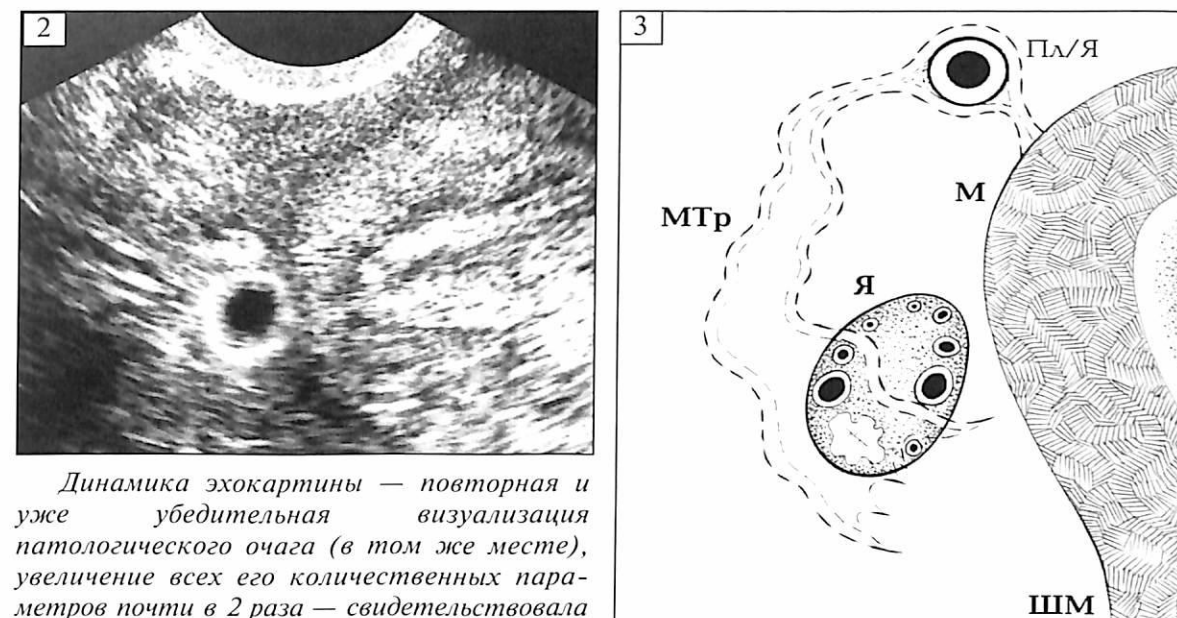
Рядом с правым углом М, но отдельно от нее (на 7 мм латеральнее правого верхнего края М и чуть выше дна), лоцируется округлое жидкостное О — внутренний Ø 5–6 мм, толщина стенок 2–3 мм. Объект располагается на 48 мм выше правого Я. Локальная компрессия безболезненна, смещаемость относительно М в пределах 10 мм.

Факт визуализации в правой половине м/таза параметрально-параовариального О, схожего с эмбриональной камерой сверхраннего срока (не более 3 НБ), позволил заподозрить ВМБ. Однако небольшие размеры и относительно тонкие стенки патологического очага не позволяли полностью исключить негравидарный его характер (параовариальная киста или эхографический артефакт, связанный с наложениями содержимого К; а может быть, это просвет сосудистой лакуны венозного сплетения?). Кроме того, несколько неуверительный вид полученного изображения вынуждал эхографиста сомневаться в реальности сделанной находки. И главное: при 6–7-дневной менструальной задержке оставался «в силе» альтернативный (и к тому же преобладающий по частоте по сравнению с ВМБ) вариант — эконегативная, при первичном УЗИ, форма маточной беременности. Совокупность указанных факторов крайне затрудняла формулировку эхографического заключения в пользу только ВМБ, но и совсем отвергнуть этот диагноз было невозможно.

Заключение: подозрение на ВМБ, справа. Рекомендации: консультация гинеколога, для уточнения диагноза — УЗИ через неделю.

2. При исследовании через 1 неделю (срок гестации 4 НБ) удалось получить почти такой же эхосрез, как и при первом исследовании.

По сравнению с первоначальными данными выявленное ранее жидкостное О увеличилось в размерах — 12 мм в Ø, толщина стенок 4–5 мм.



Динамика эхокартины — повторная и уже убедительная визуализация патологического очага (в том же месте), увеличение всех его количественных параметров почти в 2 раза — свидетельствовала о ненарушенном росте эктопического Пл/Я.

Заключение: прогрессирующая ВМБ, справа, 4 НБ; скорее всего — истмическая локализация Пл/Я в правой МТр.

Операционное подтверждение диагноза.

3. Ретроспективная УЗ-морфологическая реконструкция результатов первичного исследования (рис. 9, 1Б).

Внимательный анализ эхограмм, показанных на рис. 8, 9 и 10 (см. ниже), позволяет заметить еще один дополнительный симптом, почти всегда сопутствующий УЗ-изображению эктопического Пл/Я. А именно — двухконтурность параметрально-параовариального жидкостного О в виде перифокальной зоны пониженной эхоплотности (3–7 мм) вокруг наружных границ объекта. По-видимому, она отражает ретрохориальную гематому (при ВМБ, даже ненарушенной, всегда несколько избыточную), муфтообразно окружающую Пл/Я. Механизм формирования данного эхопризнака понятен из патоморфоза ВМБ: постоянно выделяющаяся на уровне хорион-материнская ткань кровью полностью не всасывается (как в норме) хориальными ворсинками, а диффузно пропитывает плодовместилище. В результате прилегающие к эмбриональной камере участки трубы насыщаются жидкостью, что и определяет низкоплотностной характер УЗ-изображения перифокального «ободка». Указанное явление — двухконтурность капсулы эктопического Пл/Я — существенно облегчает его УЗ-визуализацию, так как дополнительный низкоплотностной ободок «подчеркивает» наружные контуры эхопозитивной хориальной оболочки.

Ф., 21 год. Обратилась в ЖК по поводу предполагаемой беременности (задержка 10 дней), в сохранении которой она заинтересована. Гинекологический осмотр — без патологии (БРС?). Направлена на УЗИ.

Трансабдоминальное исследование с наполненным МП. М и Я не изменены. В полости М Пл/Я не выявлено. Э — 18 мм, децидуального строения.

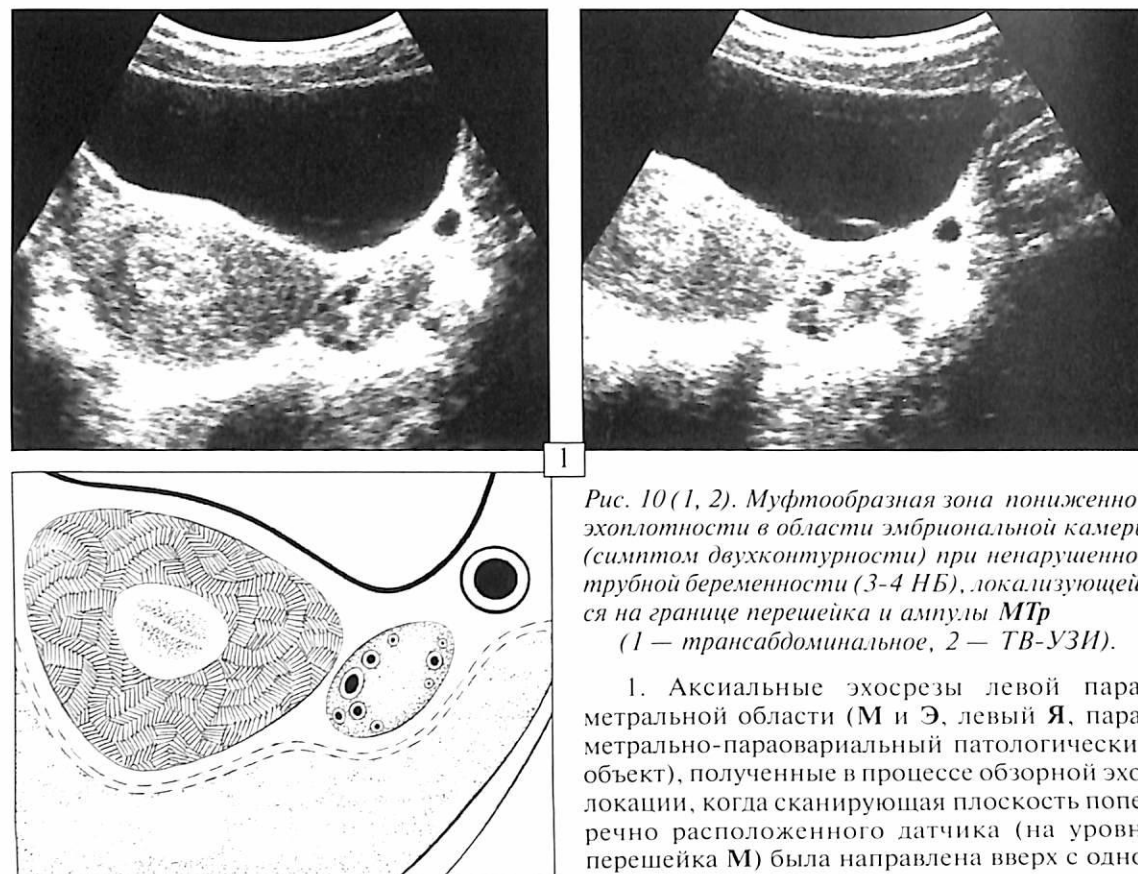


Рис. 10 (1, 2). Муфтообразная зона пониженной эхоплотности в области эмбриональной камеры (симптом двухконтурности) при ненарушенной трубной беременности (3-4 НБ), локализующейся на границе перешейка и ампулы МТр (1 — трансбdomинальное, 2 — ТВ-УЗИ).

1. Аксиальные эхосрезы левой параметральной области (М и Э, левый Я, параметрально-параовариальный патологический объект), полученные в процессе обзорной эхолокации, когда сканирующая плоскость поперечно расположенного датчика (на уровне перешейка М) была направлена вверх с одновременным поворотом его влево.

На расстоянии 35 мм от угла М и отдельно от верхнего полюса левого Я обнаружено жидкостное О, 10 мм в Ø.

Заподозрена левосторонняя ВМБ. Для уточнения состояния полости М (так как отнюдь не исключалась возможность маточной имплантации, невидимой на первом этапе обследования) и, конечно же, для подтверждения факта присутствия небольшой патологической полости за пределами М и Я и уточнения ее УЗ-качеств (это могла быть параовариальная киста или сосудистое О) выполнено ТВ-УЗИ.

2 (см. с. 69). Полость М — данные те же.

В верхней части левой параметральной области (на уровне верхней и средней трети тела М), на 28 мм латеральнее и чуть ниже края угла М и на 30 мм выше левого Я, выявлено замеченное при трансбdomинальном УЗИ О: округлая полость, внутренний Ø 10 мм, содержимое однородное, толщина стенок 3–4 мм. Вокруг наружного контура патологического очага прослеживается циркулярная зона пониженной эхоплотности шириной 4–6 мм.

Заключение: эходанные крайне подозрительны на прогрессирующую ВМБ, слева (ориентировочно 3-4 НБ). Показано: 1) консультация гинеколога (лапароскопия?); 2) тестирование на ХГ; 3) желательное повторное УЗИ.

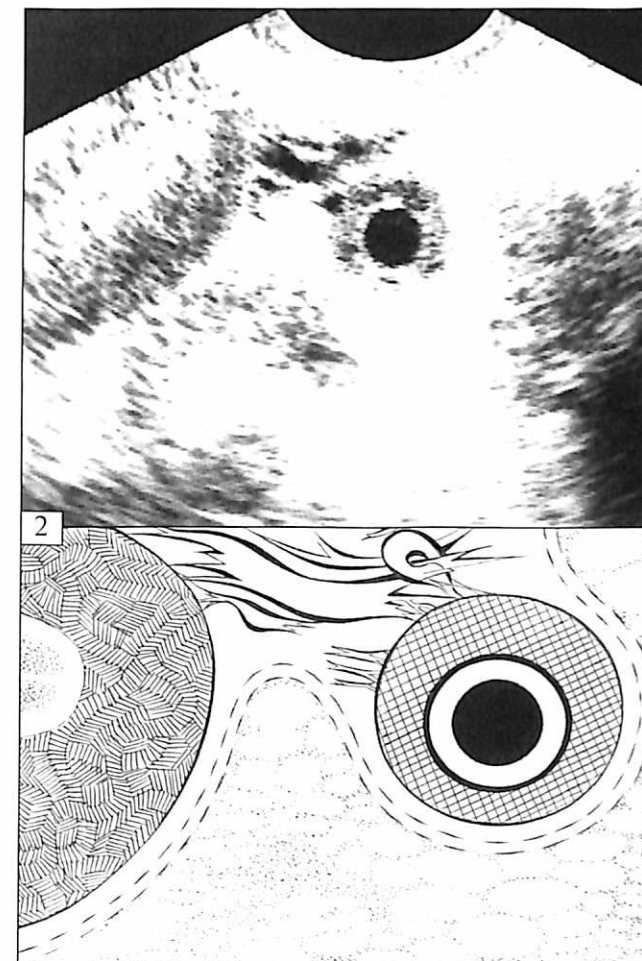
Пациентка была чрезвычайно расстроена таким результатом УЗИ. Причем, не столько из-за необходимости операции и опасений за свое здоровье, сколько из-за неудачного характера желанной (первой) беременности. Кроме того, она продолжала сомневаться в правильности диагноза, так как не отмечала никаких жалоб. В связи с этим вполне понятны ее дальнейшие действия. После неоднократных «проверок» мочи на ХГ с неизменно положительным ответом пациентка, не воспользовавшись выданным ей участковым гинекологом направлением на госпитализацию (а также — предложением эхографа сделать повторное исследование), по личной инициативе прошла УЗИ в одном из ведущих акушерско-гинекологических центров Санкт-

Петербурга, где были подтверждены данные первичного исследования.

Лапароскопия: в дистальной части истмического отдела левой МТр (на границе с ампулой) имеется локальное утолщение синюшного оттенка, при сальпинготомии представляющее собой плодместилище, содержащее Пл/Я, соответствующее 4-5 НБ; вакуум-аспирация гравидарного содержимого, промывание трубы, санация брюшной полости.

Наблюдение Ф. не только отражает один из немногих дополнительных эхопризнаков трубной имплантации (двухконтурность капсулы Пл/Я) и служит примером успешной УЗ-верификации прогрессирующей трубной беременности, но и в определенной степени показывает возможности трансбdomинального УЗИ.

Разумеется, при УЗ-идентификации ВМБ ТВ-сканирование имеет несомненные, можно сказать, подавляющие преимущества перед обзорной эхолокацией. Именно поэтому весьма значительные за последние 8–10 лет успехи в диагностике ВМБ и, в первую очередь, — ее ранней диагностике, в основном связаны с использованием ТВ-датчиков, которыми в обязательном порядке оснащены все УЗ-кабинеты акушерско-гинекологических учреждений Западной Европы, Северной Америки, экономически развитых государств Дальнего и Ближнего Востока и др. В нашей же стране в этом плане сложилась парадоксальная и, к сожалению, довольно устойчивая ситуация. Как уже отмечалось во «Введении», с одной стороны, далеко не все приборы укомплектованы датчиками для высокочувствительного (5–7,5 МГц) контактного эхосканирования; с другой стороны, литература и учебные программы представляют эхокартину эктопической беременности исключительно в ТВ-исполнении, а врачам, проходящим специализацию или переподготовку по УЗИ, надежно внушен постулат о неинформативности трансбdomинального исследования при выявлении прогрессирующей ВМБ. Отсюда закономерный результат — многочисленные специалисты, не имеющие в своем распоряжении ТВ-датчика и вынужденные применять только трансбdomинальный эхографический метод, почти полностью «выпадают» из борьбы за своевременное распознавание ВМБ, поскольку: во-первых, не имея базовой иллюстративной информации, плохо представляют УЗ-симптоматику заболевания при обзорной эхолокации; во-вторых, практически не осуществляют попыток визуализации эктопического Пл/Я или проводят их поверхностно (формально), так как заранее убеждены в неудаче. Зачастую это соответствует истине, но отнюдь не всегда.



При распознавании эктопической беременности, особенно ненарушенной, информативность обзорного эхосканирования значительно уступает ТВ-УЗИ, что обусловлено, как уже не раз отмечалось, сравнительно небольшой разрешающей способностью трансабдоминального датчика (3,5 МГц) и, главное, невозможностью контактного исследования. Помимо того, положение дел усугубляется тем, что при использовании общепринятой методики обзорной эхолокации м/таза — с наполненным МП, всегда отмечаются искажения нормальной топографии данной области, вызванные давлением пузыря на репродуктивные органы. Наполненный МП смещает М вниз. При этом Я отодвигаются в стороны и несколько приближаются ко дну М, а петли К оттесняются кзади и латеральнее. М и Я оказываются рядом с нижним полюсом МП, снизу же и сбоку от них располагается К. В результате подобных смещений М и Я становятся хорошо видимыми в процессе сканирования на фоне МП — попадают в «акустическое окно», формируемое мощным эффектом дорсального усиления эхосигналов по задне-нижней поверхности МП. Яйцеводы, напротив, из-за давления наполненного пузыря оттесняются кзади и медиально (особенно справа) и поэтому оказываются прижатыми к задне-боковой поверхности М, а также к стенкам полости м/таза. Такое положение МТр (вплотную к М и далеко от нижней границы МП) крайне неблагоприятно для обнаружения в их просвете небольшого жидкостного О, изображение которого чаще всего экранируется дорсальным усилением от МП и содержимым К или неотличимо от избыточно развитых при беременности сосудов.

Вместе с тем, именно при истмической локализации Пл/Я в трубе иногда удается получить его изображение в процессе трансабдоминального УЗИ, так как тубарный перешеек располагается значительно ближе к МП, чем ампула (рис. 10–13). Поэтому, возвращаясь к рис. 10.1, необходимо сделать некоторые пояснения.

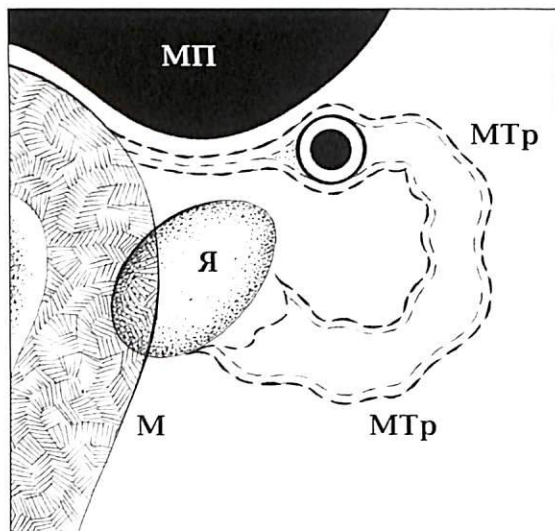


Рис. 11. Ретроспективная эхо-топографическая и морфологическая реконструкция состояния левой половины полости м/таза у больной Ф. (с. 67–69), сделанная в результате сопоставления обзорных эхограмм (рис. 10.1) и данных лапароскопии (видеозапись).

Находящаяся в обычных условиях (пустой, полупустой МП) левая МТр, как правило, расположена более латерально по отношению к М, чем правая. Она несколько короче и более «приподнята» вверх. В связи с этим под давлением наполненного МП верхний отдел левой трубы в ряде случаев как бы расплывается по его нижне-боковой стенке — оказывается почти прижатым к ней. При благоприятном стечении обстоятельств это может создать хорошие условия для выявления истмической имплантации. Так, на рис. 10.1 (обзорные эхограммы) М, Я и эктопичес-

кое Пл/Я довольно отчетливо лоцируются вдоль полусферической нижней границы левой половины туго заполненного МП, почти вплотную примыкая к нему. При этом во время трансабдоминального сканирования патологическое жидкостное О определяется на большем расстоянии от угла М, чем при ТВ-УЗИ, вследствие «вытягивания» верхнего отдела трубы конгруэнтно компрессирующей поверхности МП.

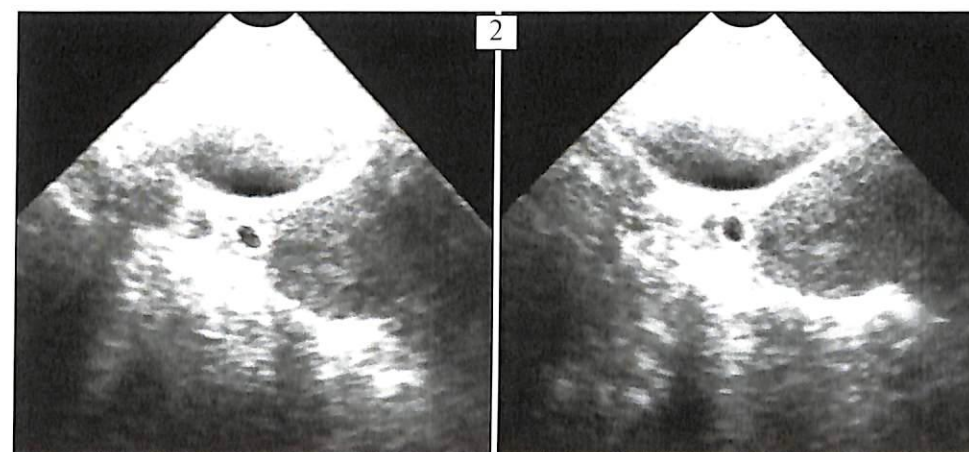
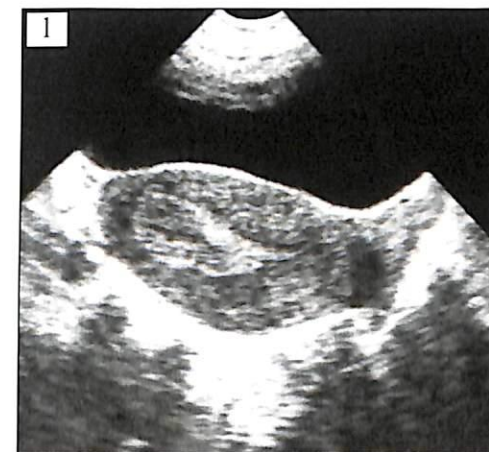
Чаще всего имплантированная в тубарном перешейке эмбриональная камера в процессе обзорного исследования выявляется около одного из углов М, нередко вплотную к ее наружному краю (рис. 12–13).

Целесообразно напомнить, что для успешной визуализации небольших жидкостных О может быть полезна трансабдоминальная эхолокация с пустым, а еще лучше — полупустым МП. Спавшийся после частичного или полного опорожнения пузырь позволяет проводить глубокую локальную компрессию полости м/таза УЗ-датчиком через переднюю брюшную стенку и тем самым, по возможности, максимально приблизить сканирующую поверхность к искомому объекту. Этот простой прием придает обзорному УЗИ характер контактного (точнее — полуконтактного) и прицельного исследования, что существенно повышает разрешающую способность методики.

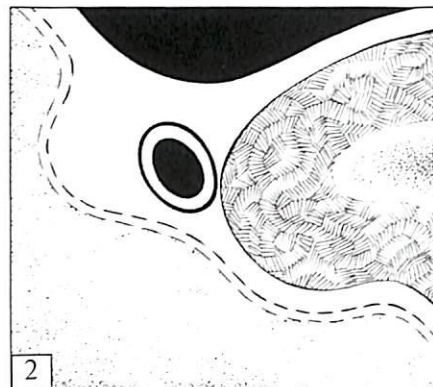
Рис. 12 (1, 2). Пример эффективного использования прицельного трансабдоминального сканирования с полупустым МП для распознавания прогрессирующей трубной беременности (справа, истмическая локализация).

1. Обзорная эхолокация с полным МП. Продольное центральное УЗ-сечение М (менструальная задержка 7–8 дней, жалоб нет).

М не увеличена, миометрий без особенностей. В полости ее лоцируется утолщенный до 20 мм Э, децидуального типа; Пл/Я не видно. Левый Я не изменен, а в правом обнаружена функциональная полость, 18 мм в Ø — киста ЖТ? Спаек нет. Свободной жидкости нет. За пределами М и Я дополнительных объектов, подозрительных на ВМБ, не выявлено.



Пациентке предложено освободить МП («но так, чтобы чуть-чуть осталось») и продолжить исследование.



2. Прицельные эхограммы (см. с. 71), полученные в результате локальной компрессии (безболезненна) правой параметральной области. Поперечно-косая проекция трансабдоминального УЗИ с полупустым МП.

Рядом с правым углом М, но отдельно от ее внешней границы определяется жидкостное О: 11 × 6 мм, правильной овальной формы, внутренняя структура однородная, толщина стенок 3 мм. Правый Я (с кистой ЖТ) лоцируется значительно ниже патологического очага — на уровне нижней трети тела М.

Среди врачей-УЗИ и гинекологов сложилось довольно устойчивое мнение о неэффективности трансабдоминальной эхолокации м/таза с

пустым или полупустым МП. В ортодоксальном своем прочтении такая установка — явное заблуждение. Для визуализации М, Я и различных жидкостных объектов (в полости М, овариальных, параовариальных) обзорное сканирование в условиях частичной или полной декомпрессии МП вполне приемлемо, но только в случае проведения энергичного (в разумных пределах) сдавливания датчиком передней брюшной стенки над изучаемой областью. Локальная компрессия сближает УЗ-датчик с объектом исследования и одновременно оттесняет от него (вниз и в стороны) петли К, тем самым существенно улучшая условия для эхолокации. А именно: возрастает УЗ-выявляемость небольших жидкостных О, зачастую невидимых в процессе УЗИ с наполненным пузырем, когда гипертрофированное дорсальное усиление от него «поглощает» мелкие детали эхокартины; увеличивается качество оптико-акустической «проработки» контуров и структуры, особенно при использовании технических режимов электронного увеличения, послойной гармонизации изображения и индивидуальной фокусировки. Конечно, это достигается при работе на современном эхотомографе, а также при умеренной или небольшой выраженности подкожно-жировой клетчатки и не очень сильной «загазованности» кишечника.



П., 30 лет. УЗИ перед прерыванием нежелательной беременности. Задержка 1 неделя, гравитест ⊕. Жалоб нет.

Пациентка (достаточно опытная в подобных вопросах) рассчитывала на исследование ТВ-датчиком и потому пришла в УЗ-кабинет с пустым МП. Несмотря на это, перед ТВ-сканированием все же выполнена трансабдоминальная эхолокация.

Рис. 13. Прогрессирующая ВМБ в перешейке МТр, однократно заподозренная (в срок 3 НБ) во время первичного трансабдоминального УЗИ (с пустым МП) и невидимая как при

последующем ТВ-исследовании, так и в процессе динамического эхографического обследования с использованием обоих способов УЗ-сканирования.

М и Я не изменены. В полости М Пл/Я нет. Э = 15 мм, децидуального вида.

Обзорная эхограмма левой половины м/таза, сделанная при энергичной трансабдоминальной компрессии конвексным датчиком (3,5 МГц) с одновременным наклоном его вправо и каудально.

Около левого угла М — в узком пространстве между латеральным контуром левой боковой стенки М, медиальным краем левого Я (20 мм от него), верхней стенкой К (снизу) и яичниково-маточной связкой (сверху) — замечена патологическая полость правильной округлой формы: внутренний Ø 7 мм, толщина стенок 4–5 мм.

Для подтверждения факта присутствия слева от М параметрально-параовариального жидкостного О и более точной его идентификации (ВМБ?), а также для уточнения состояния полости М (невидимая при трансабдоминальном исследовании маточная имплантация раннего срока?) сразу же сделано ТВ-УЗИ. Результаты:

1. Относительно М, Э и Я эходанные такие же, как и на первом этапе комплексного исследования.

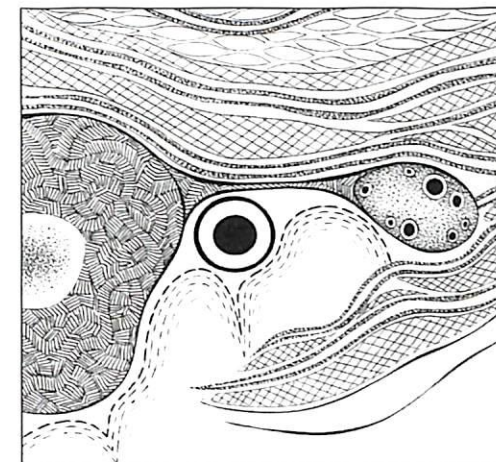
2. Однако в процессе длительной направленной (целеустремленной, полипозиционной, многократно повторяемой и дополненной элементами пальпаторно-тракционного исследования) эхолокации ТВ-датчиком обнаружить выявленное при обзорном сканировании О в левой половине м/таза не удалось.

Все перипетии диагностического процесса, а главное — противоречивость результатов обзорного и ТВ-УЗИ, были зафиксированы в УЗ-протоколе и разъяснены пациентке, а в разделе, где был описан эпизод визуализации (трансабдоминально) необычного объекта слева от М, в скобках отмечено: «ВМБ?». П. ознакомлена с данными УЗИ, причем все сомнения и объяснения врача были приняты и оценены адекватно. Предложено сделать повторное исследование через неделю.

Осмотр гинеколога: без патологии, «БРС?», рекомендованная тактика (УЗ-контроль) одобрена.

Через 7 дней женщина явилась на дополнительное исследование, но из-за естественного волнения перепутала назначенное время и попала в другую смену работы УЗ-кабинета. Повторное УЗИ (трансабдоминально, с наполненным МП, и ТВ) было проведено другим специалистом — в М и за ее пределами Пл/Я не выявлено. Неудовлетворенная результатами динамического клинко-эхографического обследования пациентка обратилась в одну из городских больниц к знакомому гинекологу. Еще раз повторено обследование: гинекологический осмотр — без особенностей, УЗИ (ТВ) — в М и вне М эмбрионального объекта не обнаружено (М и Я не изменены, утолщенный до 15 мм Э), мочевого теста на беременность ⊕. Тестирование сыворотки крови на ХГ показало положительный результат, а уровень гормона расценен как нижняя граница нормы. Заподозрена бессимптомно протекающая ВМБ. Предложена госпитализация, от которой П. временно отказалась («не с кем оставить ребенка», «ничего не беспокоило»). Очередной амбулаторный осмотр, включающий УЗИ, назначен через 3 дня.

Дальнейшие события развивались стремительно — через 1,5–2 суток (по прошествии примерно 2 нед. от первичного УЗИ, что соответствовало 5 НБ), на работе, внезапно появились сильные боли внизу живота, и женщина потеряла сознание → госпитализация



«по скорой» и экстренная операция — разрыв истмического отдела левой МТр с массивным кровотечением.

Приведенный случай показывает, что само по себе применение технических средств высокой разрешающей способности отнюдь не всегда обеспечивает правильную диагностику. Особенно в таком непростом деле, как распознавание нарушенной ВМБ (тем более, в самый начальный период), когда диагностические трудности и ошибки, в основном — гиподиагностика вследствие низкой УЗ-выявляемости данной патологии (независимо от способа сканирования), неизбежно преследуют эхолога при УЗИ на любом гравидарном сроке, как на первом, так и на втором этапах УЗ-мониторинга.

Главная же особенность наблюдения П., кардинально отличающая его от других случаев успешной эхографической идентификации ВМБ, заключается в том, что очаг эктопической имплантации, отчетливо и довольно достоверно видимый во время трансабдоминальной эхолокации (с пустым МП), был совершенно недоступен для УЗ-манифестации при ТВ-исследовании. По-видимому, хорошая выявляемость патологического жидкостного О на первом этапе УЗИ была обусловлена удачным и наверняка случайным сочетанием следующих факторов: 1) небольшим объемом подкожной клетчатки, что в сочетании с опорожненным МП позволило провести глубокую и локальную компрессию трансабдоминальным датчиком; 2) незначительным влиянием естественных артефактов — слабой степенью выраженности сосудистых коллатералей и небольшим объемом сигмовидной кишки, просвет которой на уровне О не содержит воздуха и почти свободен от фекальных масс; 3) декомпрессией МП, исключившей экранирующее влияние дорсального усиления от него. Основным же преимуществом обзорного эхосканирования в данном случае является поперечно-вертикальное по отношению к продольной оси тела направление эхосигналов (сверху вниз, под разными углами), что недостижимо с помощью ТВ-датчика, общий акустический «поток» которого распространяется вдоль сагиттальной плоскости и снизу вверх. Именно возможность полипозиционной вертикальной эхолокации в условиях сдавления передней брюшной стенки датчиком, наряду с благоприятным сочетанием прочих факторов, позволили найти в процессе трансабдоминального УЗИ (с пустым пузырем), с одной стороны — удачную эхографическую проекцию, с другой стороны — осуществить более качественную, чем при ТВ-УЗИ и исследовании с полным МП, оптико-акустическую «проработку» морфологии левой половины м/таза, что в совокупности обеспечило визуализацию Пл/Я в перешейке МТр*.

Подобные расхождения встречаются редко, эпизодически. В подавляющем большинстве случаев ВМБ все обстоит «с точностью до наоборот» — ТВ-УЗИ позволяет выявить то, что недоступно обзорной эхолокации. Однако и такие наблюдения (рис. 13) отражают реалии клинической работы, поэтому не стоит

* Настоящий случай — далеко не единственный пример, когда трансабдоминальное УЗИ оказывается более эффективным, чем ТВ-исследование. Так, аналогичное положение дел имеет место при УЗ-распознавании позадишеечного эндометриоза, склерокистоэ, рубцовых изменений и некоторых овариальных О, располагающихся высоко над М.

ограничивать диагностический потенциал УЗИ только ТВ-способом исследования и, тем самым, иногда лишать пациентку возможности уточнения диагноза.

Еще один аспект, хорошо прослеживаемый у больной П. и, безусловно, имеющий прямое отношение ко всем случаям эходиагностики прогрессирующей трубной беременности. Ретроспективный анализ показывает, что пациентка была обследована тремя разными врачами в течение 2 недель, но подозрение на ВМБ было высказано только одним из них, причем на первом, самом раннем и трудном с позиции УЗ-выявляемости эктопической нидации, этапе. Этот факт подтверждает хорошо известную истину о том, что эффективность диагностической методики зависит не столько от совершенства технического оснащения и уровня теоретической подготовки специалиста, сколько от его опыта, умения максимально использовать возможности аппаратуры и индивидуальных профессиональных качеств.

4 НБ. 20% от всех беременных, проходящих УЗИ на ранних сроках. Продолжительность физиологической аменореи 12–15 дней (2 нед.).

В норме (имплантация в М), у женщин с обычно регулярным менструальным циклом УЗ-выявляемость 4-недельной беременности с помощью ТВ-УЗИ составляет ≈ 94%. Лишь у немногих обследуемых (4–10%) во время первичной эхолокации Пл/Я в полости М не прослеживается, и факт маточной нидации подтверждается при контрольном осмотре. Это наблюдается, когда имеет место позднее наступление оплодотворения из-за запоздалой овуляции (чаще всего у беременных старшей возрастной группы) или в случае индивидуально низкого темпа развития зародыша в первые недели после зачатия. Незначительная частота эконегативных форм маточных имплантаций в 4 НБ детерминирует высокий уровень «ВМБ-настороженности» во всех таких наблюдениях. Иными словами, если при двухнедельной задержке месячных эхографически Пл/Я в полости М (на фоне утолщенного более 10–12 мм Э, а также при ⊕ грави-тесте или даже независимо от его результата) не определяется, то данный факт служит прямым показанием для проведения направленного УЗ-поиска Пл/Я вне М.

УЗ-симптоматика перешеечного варианта прогрессирующей трубной беременности (впрочем, как и ненарушенной ампулярной имплантации) в 4 НБ аналогична таковой в 3 и 3-4 НБ. Соответственно, и принципы эходиагностики те же. Различия касаются только количественных параметров выявляемого в верхнем отделе одной из параметральных областей патологического жидкостного О. Размеры полости (внутренний Ø) увеличиваются до 11–15 мм, а толщина стенок = 4–5 мм. Структура содержимого по-прежнему однородная. Так же как и на более ранних сроках, как правило, отмечается двухконтурность оболочки эмбриональной камеры.

Нужно отметить, что в 4 НБ у 45–58% больных удается зарегистрировать такой симптом эктопической нидации (почти не наблюдающийся в 3, 3-4 НБ), как болезненность при локальной компрессии патологического очага — дозированным и прицельным давлением на него ТВ-датчиком, как правило, с использованием двуручного способа эхографической «пальпации». Причем до выполнения данного приема пациентка жалоб на боли обычно не предъявляет.

Появление симптома локальной болезненности объясняется начинающимся растяжением короткой брыжейки перешейка **МТр** сравнительно крупным тубарным **О**, усиливающимся во время тракций ТВ-датчиком. Полезно еще раз напомнить, что выполнение тракций должно проводиться очень осторожно, так как форсированные движения сами по себе вызывают боль и дискомфорт, даже при отсутствии органической патологии. Показателями адекватности давления на жидкостное **О** являются, во-первых, субъективные ощущения эхографа («чувство тканей»), во-вторых, смещаемость объекта не более чем на 1–1,5 см от исходного положения. Кроме того, нельзя забывать, что данный признак имеет диагностическое значение (в плане внематочной имплантации) только при направленном давлении ТВ-датчиком на хорошо видимое параметрально-параовариальное **О** гравидарного типа, потому что болезненность в процессе ТВ-УЗИ может наблюдаться и при воспалительном процессе, кистах **Я**, эндометриозе, отеке ФМ-узла и пр.

Л., 24 лет. Мотивация проведения УЗИ — БРС: первичное обращение при менструальной задержке 1 неделя (других жалоб нет), положительный тест на ХГ. При эхолокации (обзорно, ТВ) в полости **М** и за ее пределами Пл/Я не выявлено.

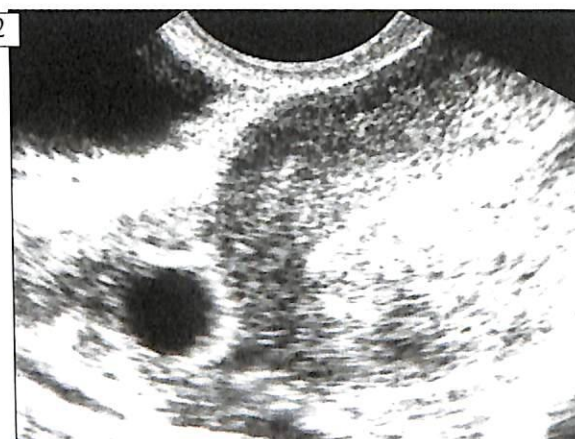
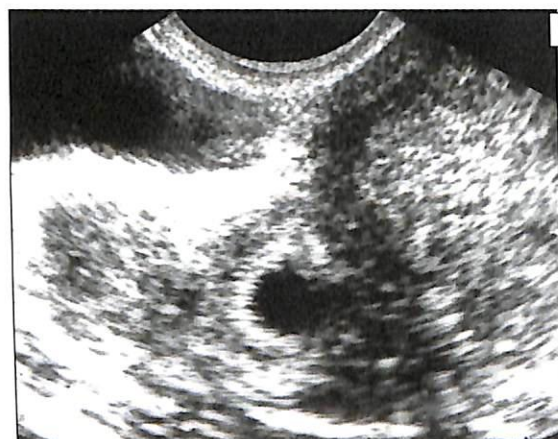
Контрольное УЗИ через 1 неделю (задержка 2 нед., повторный грави-тест $\oplus$, жалоб нет).



Рис. 14 (1, 2). 4 НБ. Прогрессирующая ВМБ в перешейке правой **МТр**.

1. Продольная эхограмма **М**. В полости **М** Пл/Я или косвенных признаков маточной имплантации нет. Эхокартина децидуального Э: толщина 15–16 мм, контуры несколько нечеткие (местами тяжистые), строение трехслойное за счет тонкой эхопозитивной линии в центре, а по периферии прослеживается плотный компактный слой (3–5 мм), окружающий менее интенсивную и более однородную губчатую ткань.

2. Разные ракурсы ТВ-сканирования правой параметральной области (в левом



верхнем углу каждой эхограммы — просвет полупустого **МП**). Около наружного края **М**, на уровне правого ее угла, совершенно отдельно от **М** и **Я** (лоцируется ниже и латеральнее и поэтому на представленных эхограммах не виден), имеется жидкостное **О**: сферической формы, внутренний $\varnothing$ 13–14 мм, толщина стенок 4–5 мм, содержит однородную жидкость.

На рис. 14.2 видно, что изображение эктопического Пл/Я на различных эхосрезax выглядит по-разному. Так, на левой эхограмме хорошо прослеживается утолщенная до 5 мм стенка латеральной полусферы эмбриональной камеры, а медиальная граница ее видна неотчетливо. На другом эхосрезе отчетливо выявляется утолщение верхней и медиальной стенок. В совокупности же (полипозиционно) создается целостный образ жидкостного **О** с равномерно утолщенными стенками, являющимися суммарным УЗ-отображением оболочек зародыша — амниотической и хориальной.

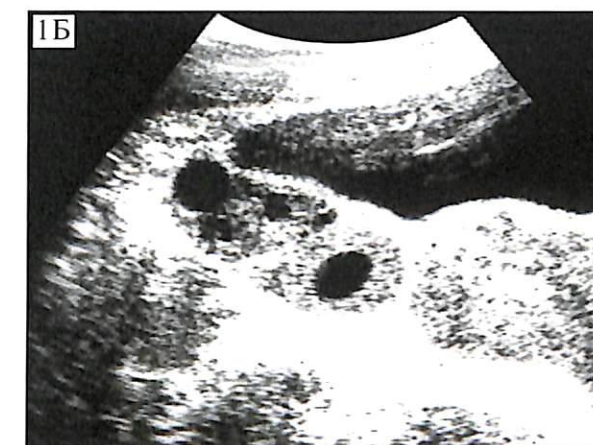
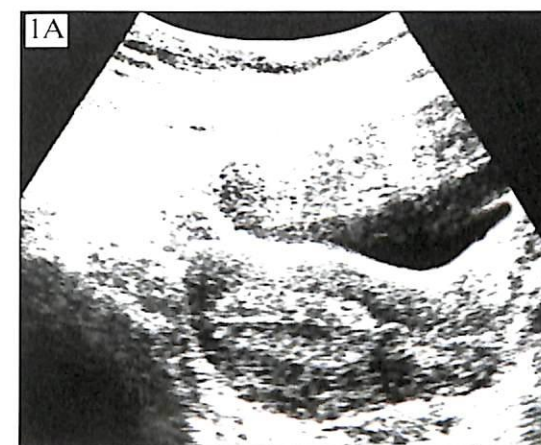


Рис. 15 (1, 2). Ненарушенная трубная беременность, истмическая локализация. Два примера успешной визуализации эктопического Пл/Я при трансабдоминальном исследовании; с последующим подтверждением (в обоих наблюдениях) результатов первого этапа комплексного УЗИ с помощью ТВ-датчика, а затем — операционно.

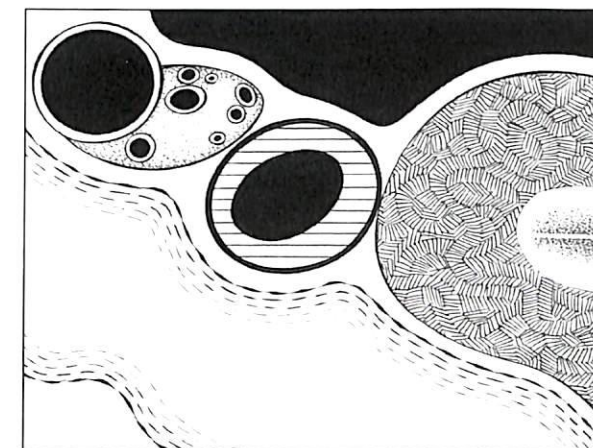
1. Обзорная эхолокация с наполненным **МП**.

А. Продольный эхосрез **М** — децидуальный Э = 15 мм, без Пл/Я.

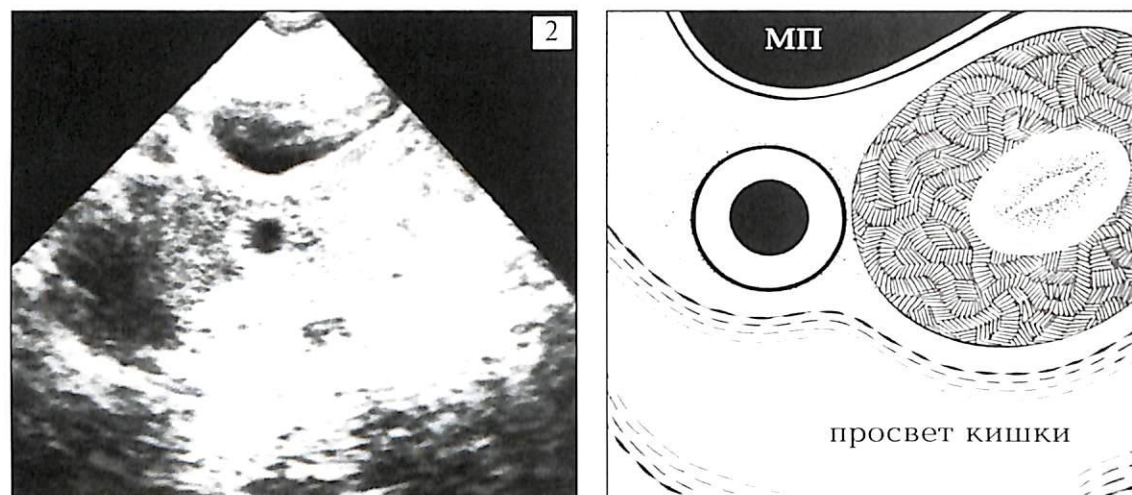
Б. Аксиально-косая проекция правой половины полости м/таза.

Правый **Я** лоцируется на уровне правого угла **М**. В верхне-латеральной части **Я** видна киста ЖТ, 15 мм в $\varnothing$.

В пространстве между углом **М** и медиальным краем **Я** определяется дополнительная параметрально-параовариальная полость (не связанная ни с **М**, ни с **Я**), содержащая однородную жидкость: правильной овальной формы, 16 × 10 мм, с почти равномерно утолщенными до 5–6 мм стенками.



2 (другое наблюдение). Поперечно-косой ракурс трансабдоминального УЗИ с полупустым МП. Эхограмма сделана при локальной компрессии секторным датчиком передней брюшной стенки над патологическим объектом.



Рядом с правым углом М (но отдельно от нее и правого Я) имеется полостное О с относительно толстыми стенками (4–5 мм), заполненное однородной жидкостью: правильной округлой формы; внутренний Ø полости 12–13 мм, а общий размер примерно 20–22 мм в Ø; контуры четкие и ровные.

Как следует из рис. 14 и 15, а также других приведенных ранее эхограмм ненарушенной трубной беременности (3, 3–4 НБ), эхоплотность стенок эктопической эмбриональной камеры расценивается как средняя; т.е. — выше интенсивности УЗ-изображения миометрия (низкая), но ниже плотности компактного слоя децидуального Э (высокая). Причем в зависимости от интенсивности тканей, окружающих Пл/Я, плотность его оболочек может представляться повышенной, если патологический объект лоцируется на низкоплотном общем фоне, либо пониженной (реже), если О определяется на фоне тканей высокой плотности*. Несомненно, УЗ-строение анатомических структур вокруг Пл/Я всегда неоднородно (речь идет о преобладающем оптическом качестве лоцируемого объема, в котором находится имплантированный в МТр зародыш). Нередко встречаются самые разнообразные сочетания эхоплотности и структурного «рисунка» фона. Но в любом случае, визуализации эктопического Пл/Я способствует наличие относительно резких перепадов оптических плотностей между окружающими тканями, стенками (оболочкой) эмбриональной камеры и однородным жидким (эхоотрицательным) ее содержимым. Именно этот фактор делает возможным УЗ-выявление небольшого параметрально-параовариального жидкостного О (вообще), а обнаружение равномерно утолщенных стенок его позволяет думать о гра-

* Зачастую указанные закономерности обусловлены не только оптико-акустическими свойствами Пл/Я и пограничных анатомических структур, но и техническими условиями эхосканирования, а также (при анализе распечаток исходного УЗ-изображения) режимом работы принтера.

видарной природе замеченного патологического объекта. Естественно, только в такой ситуации, когда присутствуют и другие признаки беременности: задержка менструации, положительный гравитест, а при эхолокации — децидуальный Э в полости М, без Пл/Я.

Эхографическая выявляемость прогрессирующей трубной беременности в срок 4 НБ (задержка месячных ≈ 2 нед.) в два раза выше, чем в 3 и в 3–4 НБ, что обусловлено ростом зародыша, приводящим к увеличению эмбриональной камеры в 1,5 раза (14 ± 2 мм) и нарастанию толщины ее стенок на 2 мм (до 5 мм). Конечно, заметить и идентифицировать подобный объект значительно проще, чем минимальное по размерам жидкостное О в 3, 3–4 НБ. И все же, частота УЗ-манифестаций ненарушенной ВМБ в 4 НБ остается довольно низкой, так как составляет при истмической локализации от 18 до 24% (максимальные значения). У подавляющего большинства больных увидеть в процессе эхолокации эктопическое Пл/Я не представляется возможным. При этом диагностическая задача сразу же приобретает тупиковый характер, поскольку, не получив достоверного УЗ-изображения зародыша, исследователь не может однозначно установить диагноз, а точнее — ответить на главный вопрос: где произошла имплантация? Такое положение дел почти всегда оказывает весьма неприятное, можно сказать угнетающее, действие на эходиагноста и обследуемую, потому что: 1) выполнив комплексное эхосканирование (обзорно, ТВ) с обязательным направленным поиском УЗ-признаков ВМБ, эхолог практически полностью исчерпал доступные ему в настоящий момент возможности метода (особенно, если данное УЗИ является вторым этапом динамического обследования), но не реализовал цели исследования; 2) имея ряд показателей совершившегося зачатия и прекрасно понимая большую вероятность трубной имплантации, врач-УЗИ в той или иной степени испытывает тягостное ощущение собственной диагностической беспомощности; 3) совокупность этих двух факторов, в сочетании с осознанием того, что данный случай может закончиться для пациентки катастрофой, чревата развитием сиюминутного невроза, так называемого «комплекса профессиональной неполноценности» (в психологии — комплекс вины), когда во время безуспешных поисков эктопического Пл/Я, а также сразу после завершения эхолокации и в дальнейшем, врач задает себе довольно мучительные вопросы: «Все ли сделано достаточно добросовестно и правильно?», «А может быть другой, более искушенный специалист на его месте добился бы успешного разрешения клинической задачи?» и пр. С другой стороны, двусмысленный и окончательно неясный итог УЗИ непременно вызывает вполне понятную тревогу у больной и, часто, неудовлетворенность результатами исследования.

Вместе с тем, сам факт отсутствия Пл/Я в полости М, когда предполагаемый гравидарный срок должен быть 4 НБ, несет в себе значительный потенциал конструктивной информации. А именно — свидетельствует о высоком риске эхоотрицательной формы ВМБ, поскольку УЗ-выявляемость 4-недельной маточной беременности приближается к 94%, а частота невидимых в этот период трубных ниш достигает 82–90%. Что ж, воздуха, которым дышат все, мы тоже не видим и не чувствуем, но это не означает, что его нет.

Максимальная «ВМБ-настороженность» — вот, по-видимому, единственно верный лейтмотив, определяющий дальнейшие действия (рекомендации, назначения, направления) амбулаторной акушерско-гинекологической диагностической службы.

Какова же тактика врача-УЗИ в представленной выше сложной и неприятной как для пациентки, так и для исследователя ситуации, характеризующейся тем, что налицо субъективный (менструальная задержка, других жалоб нет), объективный (положительный мочевой тест на ХГ) и косвенный (наличие децидуального Э и, нередко, УЗ-изображения ЖТ Я) признаки беременности, а при эхолокации в полости М и за ее пределами, несмотря на довольно продолжительный период физиологической аменореи, Пл/Я не выявлено?

Относительно оформления УЗ-протокола. Информация об этом изложена в той части предыдущего подраздела («3, 3-4 НБ»), которая посвящена заключительной стадии второго этапа (в 4, 4-5 НБ) динамического УЗИ, когда при первичном и повторном исследованиях в М и вне М Пл/Я не обнаруживается (см. с. 53). В дополнение к уже приведенным сведениям следует добавить, что если исследование мочи на ХГ еще не сделано, то перед обязательной консультацией гинеколога необходимо рекомендовать женщине выполнить данную реакцию. Еще лучше — посоветовать (отразив это в протоколе исследования) сразу сделать тестирование крови на ХГ, обеспечивающее не только качественную (есть беременность или нет), но и, что очень важно для своевременной диагностики ВМБ, количественную оценку гравидарного процесса.

О., 30 лет. Обследуется в УЗ-кабинете по личной инициативе в связи с нежелательной БРС (менструальная задержка около 2 нед., грави-тест ⊕), перед медикаментозным прерыванием беременности. Жалоб нет.

УЗИ, трансабдоминально и ТВ.



Рис. 16. Децидуальный Э при прогрессирующей вшейке МТр эктопической беременности.

Эхонегативный вариант заболевания (4 НБ) — в процессе двух УЗИ, сделанных с незначительным интервалом (не больше суток), но в различных медицинских учреждениях (на разных эхотомографах, разными специалистами — независимые исследования), в полости М и за ее пределами Пл/Я не определялось.

Полость М содержит утолщенный до 17 мм Э с явными признаками гравидарной перестройки: контуры ровные, но местами тяжистые и без свойственного ЖГЭ «ободка отторжения» на границе с миометрием; в периферических отделах слизистой виден плот-

ный компактный слой (3–5 мм) — париетальная часть децидуальной оболочки, замыкающая менее плотную губчатую ткань; Пл/Я нет.

Патологии М, Я и МП, а также параметрально-параовариальных жидкостных О, подозрительных на ВМБ, не обнаружено. Свободной жидкости в м/тазу нет. Локальная компрессия М и Я ТВ-датчиком безболезненна.

Заключение: в М и вне М Пл/Я не выявлено. Для уточнения (нельзя исключить эхонегативный вариант трубной беременности): консультация гинеколога, тестирование сыворотки крови на ХГ, УЗ-контроль.

Осмотр гинеколога — без патологии. Даны те же рекомендации, плюс контрольный гинекологический осмотр после повторного УЗИ и немедленная консультация по получении ответа лабораторного анализа крови. Тестирование сыворотки крови на ХГ показало ⊕-результат. При этом уровень гормона соответствовал нижней границе физиологических значений при гестационном сроке 4 НБ. После чего, с подозрением на ВМБ, О. была госпитализирована.

УЗИ в стационаре — те же данные (отрицательный результат при целеустремленных попытках визуализации Пл/Я в М и вне М), что и на амбулаторном этапе обследования. Повторная реакция крови на ХГ показала пониженную степень нарастания его концентрации, что подтвердило высказанное ранее предположение об эхонегативном варианте ВМБ.

Лапароскопия: прогрессирующая трубная беременность в дистальной части истмического отдела правого яйцевода.

Что же касается проведения динамического эхографического обследования, когда при первичном (или повторном) УЗИ в предполагаемый срок 4 НБ в полости М и за ее пределами Пл/Я не найдено, то назначение дополнительного исследования должно осуществляться с большой осторожностью. Например, выполнение контрольной эхолокации через 1 неделю весьма рискованно, так как в течение этого времени может произойти разрыв беременной МТр, вероятность которого в случае истмической имплантации всегда присутствует после 4 НБ, но особенно резко нарастает после 4-5 НБ.

К., 24 лет. Задержка 14–15 дней, жалоб нет. В течение этого времени дважды выполнила тесты мочи на ХГ, свидетельствующие о наступившем зачатии. Пришла на УЗИ с целью подтверждения этого факта, а также для уточнения — «Все ли у меня в порядке», и получения «первых фото» будущего ребенка, так как в сохранении беременности молодая женщина была заинтересована.

При ТВ-сканировании Пл/Я в М не обнаружено. В протоколе УЗИ зафиксировано нормальное состояние М, Я и всей полости м/таза в целом. Отмечено наличие в М утолщенного до 14 мм Э. Для уточнения диагностической задачи назначено контрольное исследование через неделю.

Однако через 4–5 дней, среди полного здоровья, у К. развились резкие приступообразные боли внизу живота (больше слева), иррадиирующие в крестец, сопровождавшиеся кратковременной потерей сознания. Срочная госпитализация. При осмотре в приемном покое (хирург, гинеколог) установлена картина массивного кровотечения в полость м/таза (подтверждено пункцией заднего свода) с явлениями болевого и геморрагического шока, что, с учетом анамнеза, расценено как острое прерывание ВМБ — скорее всего, по типу разрыва трубы.

Лапаротомия. После вскрытия париетальной брюшины из брюшной полости начала изливаться кровь, которая была частично эвакуирована. В рану выведена М с придатками — перешеек левой МТр неравномерно утолщен и гиперемирован, с перфорационным отверстием звездчатой формы, из которого обильно вытекает кровь и выступают ворсины хориона. Сальпингэктомия. Гемостаз и перитонизация. Эвакуация остатков крови.

Вместе с тем, в рассматриваемой клинической ситуации проведение повторного (контрольного) УЗИ является практически единственной возможностью для эходиагноста помочь (или попытаться помочь) пациентке с использованием до-

веренной ему методики. Собственно говоря, это элементарное правило УЗ-диагностики — назначение контрольного исследования в любом случае, когда первичное УЗИ недостаточно информативно, а динамика предполагаемого патологического процесса (или состояния) может «пролить свет» на суть проблемы. Если же речь идет о ВМБ, то даже при самом ничтожном подозрении на данную патологию, организация динамического обследования уже становится прямой обязанностью врача-УЗИ.

В наблюдениях, когда предполагаемый срок беременности должен составлять 4 недели, а при первичном (или повторном) УЗИ Пл/Я не выявлено, контрольное исследование обычно назначается через 3 дня. Именно такой интервал представляется относительно безопасным, потому что вероятность разрыва беременной трубы за это время не превышает 7%. И хотя, на первый взгляд, трех дней слишком мало для, так сказать, радикальной трансформации пока еще невидимого гравидарного объекта, на самом деле даже за столь короткое время прогрессирующая беременность может претерпевать весьма существенные изменения, способствующие улучшению условий для УЗ-выявления Пл/Я.

Кроме того, как уже отмечалось, нельзя забывать, что примерно 10% гестационно-эхографических расхождений (гестационный срок — продолжительность беременности, определяемая по длительности задержки месячных) относится к случаям необычно протекающей на ранних сроках маточной имплантации*. Например, если совершившемуся зачатию предшествовал ановуляторный менструальный цикл, прошедший без задержки месячных, то в следующем цикле нередко наблюдается замедленное созревание фолликула в Я и поэтому овуляция наступает поздно (перед ожидаемой менструацией). Соответственно, оплодотворение также совершается поздно. Тогда, при менструальной задержке в 2 недели, истинный срок маточной беременности составляет 2-3 НБ... и в процессе эхолокации Пл/Я в М не выявляется из-за чрезвычайно малых его размеров. Чаше всего поздняя овуляция (и зачатие) встречается у пациенток старшей возрастной группы, но, как случайное явление, может произойти у любой женщины чадородного периода жизни. Аналогичные расхождения зачастую отмечаются и у женщин с привычно нерегулярной менструальной функцией.

Другой вариант, когда эхографическая манифестация физиологической беременности отстает от срока гестации, относится к случаям необычно медленного темпа развития эмбрионального комплекса на ранних сроках (а потом беременность прогрессирует нормально). Такие наблюдения встречаются и как случайный эпизод акушерского анамнеза, и даже иногда как индивидуальная особенность течения начального периода гравидарного процесса, нередко уже известная женщине по опыту предыдущих беременностей.

В любом случае, независимо от истинного (пока еще неизвестного) места nidации или индивидуальных особенностей (пока еще не выясненных) гравидарного процесса, тактика эхографиста заключается в проведении конт-

рольных исследований вплоть до окончательного разрешения диагностических вопросов. На этом пути возможны следующие варианты исхода УЗ-мониторинга: 1) эхографическая манифестация, на одном из этапов динамического обследования, маточной беременности; 2) после тестирования сыворотки крови на ХГ, результат которого говорит в пользу ВМБ, пациентка госпитализируется и на некоторое время «выпадает из поля зрения» амбулаторной диагностической службы; 3) выявление прямых эхопризнаков ВМБ; 4) острое прерывание эктопической беременности в процессе наблюдения, что при истмической имплантации, к сожалению, случается довольно часто. Исходя из последнего положения, полезно напомнить, что в любой неясной клинической ситуации, чреватой, несмотря на сиюминутное благополучие пациентки (жалоб нет), серьезными осложнениями в будущем, риск динамического наблюдения необходимо сводить к минимуму. Поэтому контрольное УЗИ или серия исследований назначаются с интервалом в 2–3 дня, а иногда и ежедневно. Немаловажная деталь — больная должна быть информирована о подозрениях и опасениях исследователя; но не стоит чересчур «сгущать краски», потому что и пациентка, и врач, до тех пор пока не принято окончательного диагностического решения о ВМБ, могут надеяться на благоприятный исход... но и должны быть готовы к худшему.

В 4 НБ заканчивается первый этап (2-3 — 4 НБ) динамики эхографической картины БРС (независимо от места имплантации), характеризующийся постепенным нарастанием размеров и толщины стенок эмбриональной камеры и отличающийся от второго периода (4-5 — 6 НБ) отсутствием в ней внутрисполостных эмбриональных структур — желточного мешка и пульсирующего эмбриона. Вместе с тем, официальная доктрина эходиагностики прогрессирующей трубной беременности, сформулированная в конце 1990-х гг., но действующая и поныне, утверждает, что достоверное УЗ-распознавание ненарушенной ВМБ возможно только при «обнаружении вне полости матки плодного яйца с живым (пульсирующим) эмбрионом».

С одной стороны, такая позиция представляется совершенно справедливой, так как отражает патогномичную эхокартину прогрессирующей ВМБ... но только после 5 НБ, когда в полости Пл/Я появляется изображение пульсирующего эмбриона. Следовательно, при истмической имплантации верификация заболевания возможна лишь в период максимального риска разрыва МТр (4-5 — 6 НБ). Причем не более чем у 20–22% от всех женщин, обращающихся на УЗИ в связи с БРС (2-3 — 6 НБ), поскольку именно такова суммарная частота первичных посещений УЗ-кабинета в 5, 5-6 и 6 НБ. Получается, что в поле зрения эхографической службы, когда уверенная идентификация прогрессирующей ВМБ становится реальной (у 50% больных и выше), попадает очень небольшая часть от всего контингента, а из них — только те «счастливицы», у которых еще не произошло перфорации трубы. То есть — единичные наблюдения (7–10% от всех случаев прогрессирующей трубной беременности). То же самое касается и ампулярной nidации, отличающейся очень коротким периодом ненарушенного развития — до 3-4 НБ, после чего эмбриобласт обычно погибает и лишь у ≈20% больных прогрессирует свыше 5 НБ.

* По некоторым данным, частота подобных наблюдений достигает 43–50% от всех случаев, когда при менструальной задержке, соответствующей 4 НБ, маточная имплантация не получает своего подтверждения во время первичного УЗИ.

С другой стороны, общепринятая доктрина УЗ-распознавания ненарушенной ВМБ почти полностью исключает возможность ранней диагностики данной патологии — на первом этапе БРС (2-3 — 4 НБ) и в 4-5 НБ, потому что до 5 НБ эмбрион при эхолокации не виден. Он слишком мал и не выступает в полость амниона, а сливается с внутренней стенкой Пл/Я в виде микроскопической складки. Однако выявление ВМБ именно в этот период (до 4-5 НБ) наиболее актуально. Особенно при истмической имплантации, так как в 90% случаев разрыв МТр наступает в сроки от 4-5 до 6 НБ. Кроме того, на промежуток от 2-3 до 4-5 НБ приходится наибольшее число (78–80%) эхографических исследований по поводу БРС.

В то же время при подготовке эходиагностов на курсах специализации и усовершенствования эхокартина прогрессирующей трубной беременности излагается исключительно на базе «озвученного» выше положения. В результате, большинство наших коллег не подготовлены к ранней диагностике ненарушенной ВМБ. Более того, они просто не могут ее проводить, потому что: во-первых, незнакомы (на конкретных примерах) с эхосимптоматикой начального периода (2-3 — 4, 4-5 НБ) атравматичного развития Пл/Я за пределами М; во-вторых, будучи убежденными в безуспешности попыток УЗ-распознавания эктопической нидации до 5 НБ (пока еще изображения зародыша в эмбриональной камере не видно), многие исследователи не осуществляют направленного поиска внематочного эмбрионального объекта*; в-третьих, исходя из той же предпосылки, поиск эктопического Пл/Я, как правило, проводится некачественно, можно сказать, формально — без должных целеустремленности, концентрации и скрупулезности, а главное — в атмосфере безысходности всех предпринимаемых усилий, что крайне негативно сказывается на конечном результате. Ведь очень трудно обнаружить то, что, по данным базовой подготовки и ведущих литературных источников, находится за пределами разрешающей способности методики.

Совокупность перечисленных факторов (касающихся не только основной диагностической доктрины, но и хронологии прерывания прогрессирующей ВМБ, а также особенностей обращаемости женщин на УЗИ) плюс объективные трудности эходиагностики рассматриваемой патологии детерминируют крайне низкий, почти нулевой уровень УЗ-верификации истмическо-трубной беременности на начальном этапе, когда риск разрыва МТр отсутствует (2-3–4 НБ) или не превышает 7–10% (4–5 НБ). Однако, собственный опыт автора и многих коллег как в России, так и за рубежом, а также единичные и разрозненные, но вполне конкретные и современные литературные сведения позволяют утверждать → в ряде случаев УЗ-метод обеспечивает визуализацию эктопического Пл/Я даже в сверхранние сроки после зачатия. Хотя, в силу небольших размеров патологического объекта и наличия в полости м/таза значительных естественных (фоновых) артефактов, этого удается добиться с относительно небольшой частотой, от 7 до 20%. При этом нельзя забывать, что УЗ-выявляе-

* И их можно понять — какой смысл выполнять какие-либо действия, если они заранее обречены на неудачу.

мость эктопической беременности в указанный период во многом зависит от опыта исследователя (может достигать 30% и больше), от его настойчивости и целеустремленности и от не поддающихся объективной характеристике личных профессиональных качеств. Также следует учитывать, что использование УЗИ не в качестве самостоятельной методики, а в виде одного из звеньев комплексного обследования весьма существенно повышает показатель ранней диагностики ВМБ.

Таким образом, приведенные сведения, отражающие разные грани современной клинической реальности, несомненно свидетельствуют о необходимости уточнения существующей доктрины эходиагностики прогрессирующей трубной беременности (независимо от локализации Пл/Я в МТр, но в первую очередь — при самой опасной для женщины истмической имплантации). Данная патология может быть, и в ряде случаев должна быть, распознана в начальный период своего развития (до 4–5 НБ). Для этого мало знать эхосемиотику патологического процесса. Она довольно проста и сводится к обнаружению небольшого жидкостного О с утолщенными от 3 до 5–6 мм стенками, располагающегося за пределами М и Я. Нужно изменить психологию исследователя, который, после получения отрицательных данных за маточную имплантацию, должен осуществлять направленный поиск эктопического Пл/Я с ощущением уверенности в эффективности предпринимаемых попыток. Только тогда прицельная эхолокация полости м/таза с целью выявления ранних признаков внематочной нидации может стать (пусть даже не более чем у 20–30% обследуемых) действительно успешной.

* * *

Второй этап (4-5 — 6 НБ) динамики УЗ-картины прогрессирующей ВМБ, так же как и при маточной БРС, характеризуется появлением в просвете амниона внутренних эмбриональных структур — желточного мешка (в 4-5 НБ) и эмбриона (в 5 НБ), а также некоторыми изменениями строения оболочки Пл/Я и, в меньшей степени, увеличением размеров гравидарной полости.

В 4-5 НБ (задержка месячных 15–20 дней) объем полости эктопического Пл/Я составляет 12–17 мм в Ø. То есть, по сравнению с 4-недельной беременностью, нарастает незначительно. Но в просвете амниона появляется кольцевидная эхопозитивная структура — эхосечение желточного мешка, развитие которого до 5 НБ несколько опережает рост эмбриона. Сам же эмбрион еще не виден, так как пока не успевает отделиться от стенки в качестве самостоятельного внутриамниотического О. Несколько изменяется и капсула Пл/Я за счет формирования зоны избыточного утолщения (6–7 мм), а в остальных отделах толщина стенок остается прежней, 3–5 мм. Участок избыточного утолщения оболочки эмбриональной полости отражает место формирования ворсинчатого хориона. При внематочной имплантации в 4–5 НБ данный признак удается заметить в 47–65% наблюдений.

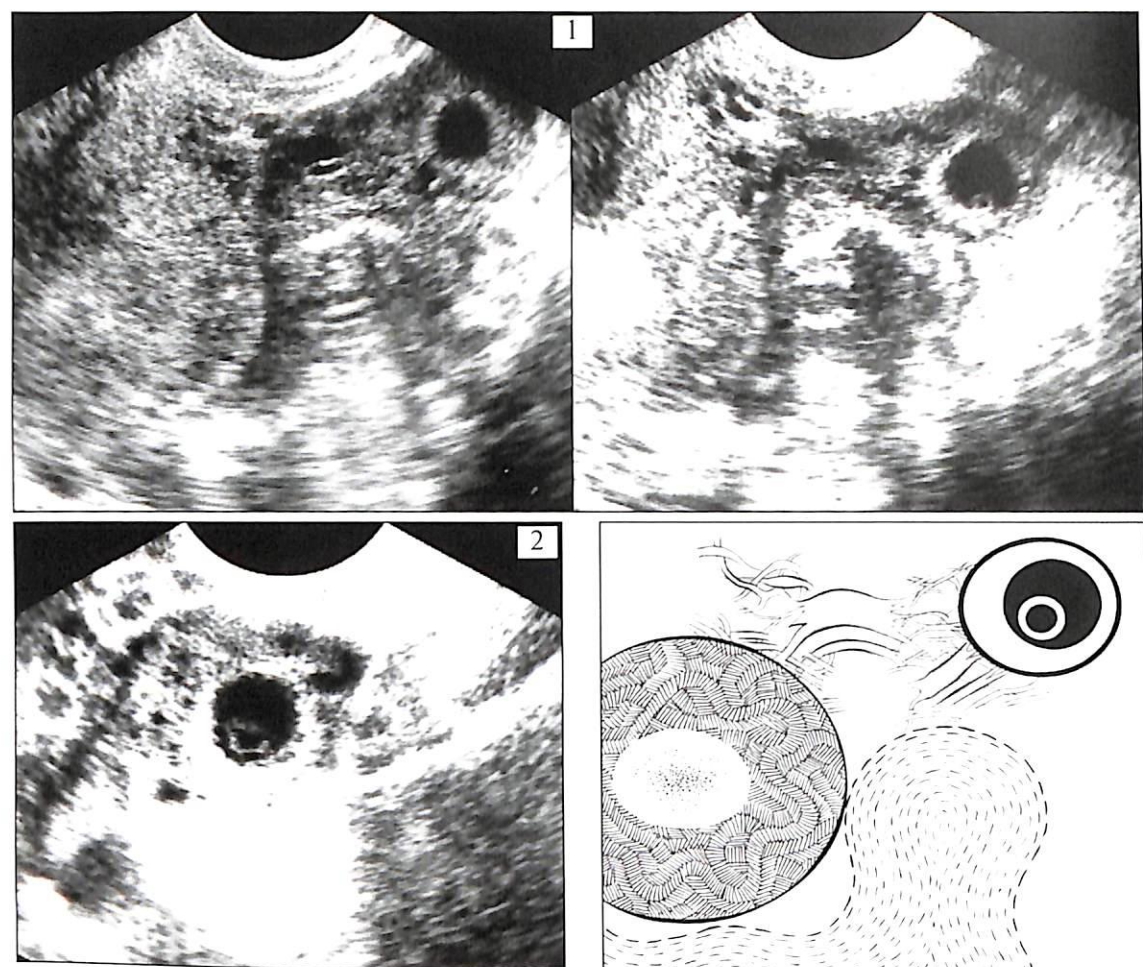


Рис. 17 (1, 2). 4–5 НБ. Пл/Я в перешейке левой МТр.

1. Несколько разные проекции поперечного эхосканирования левой половины м/таза (М и параметрально-параовариальное жидкостное О).

2. Прицельная эхограмма эктопического Пл/Я.

Слева, на расстоянии 20 мм от края М и несколько выше ее угла, имеется округлое жидкостное О, не связанное с левым Я, который лоцировался значительно ниже (на эхограммах не виден), чем замеченный при ТВ-УЗИ патологический объект. Эхографическая характеристика: Ø полости 15 мм; в просвете, пристеночно, определяется дополнительное внутреннее О кольцевидной формы — желточный мешок; на этом уровне отмечается несколько избыточное утолщение медиальной стенки (6–7 мм), в остальных отделах толщина оболочки 4 мм.

В указанный срок эхографическая выявляемость эктопической нидации выше, чем на первом этапе развития (2–3 – 4 НБ) и достигает 30–35%. Это обусловлено как некоторым увеличением внематочной эмбриональной полости, так и появлением локального утолщения одной из стенок Пл/Я. Оба фактора приводят к нарастанию общих размеров патологического очага (20–28 мм), и он становится лучше видимым в процессе сканирования. Но главная особенность 4–5-недельной эмбриональной камеры — наличие в ней желточного мешка (кольцевидного О с очень тонкими,

нежными стенками), придающего параметрально-параовариальному жидкостному О специфические черты именно гравидарного объекта, своеобразное строение которого позволяет уже с большой долей уверенности диагностировать ВМБ. Благодаря этому существенно повышается степень достоверности квалификационного анализа УЗ-изображения. Однако одновременно, после 4 НБ, появляется риск перфорации МТр, правда, частота этого грозного осложнения в 4–5 НБ невелика, от 7 до 10%. В то же время удовлетворительное, на первый взгляд, положение дел с УЗ-распознаванием ненарушенной ВМБ в данный период, когда при незначительной частоте осложнений у 30–35% больных удается поставить верный диагноз (по отношению к прогрессирующей трубной беременности это довольно высокий показатель), в действительности нивелируется небольшой посещаемостью УЗ-кабинетов, составляющей в 4–5 НБ примерно 8% от всех женщин с данной патологией.

Показательно, что данная закономерность — относительно хорошая эхографическая выявляемость на фоне низкой обращаемости больных на УЗИ — имеет место и на дальнейших стадиях (5, 5 – 6 и 6 НБ) второго этапа (4–5 – 6 НБ) развития ненарушенной ВМБ. В этом, помимо бессимптомного течения, значительных объективных сложностей эходиагностики и, нередко, высокой концентрации ХГ в сыворотке крови (соответствующей маточной имплантации того же срока), заключается еще одна грань, отражающая противоречивость и коварство прогрессирующей в истмическом отделе трубной беременности, дооперационная верификация которой в большинстве случаев «выходит за рамки» диагностических возможностей клинко-эхографического обследования.

5 НБ. Менструальная задержка 20–24 дня. Обращаемость беременных на УЗИ ≈ 10%.

Размеры амниона (внутренний Ø полости эктопического Пл/Я) такие же, как и на предыдущей стадии (4–5 НБ = 12–17 мм в Ø), что показывает весьма существенное отставание (в среднем на $23 \pm 4\%$) от нормальных (в М) значений. Обычно это объясняется пониженной, в патологических условиях трубной нидации, секрецией амниотической жидкости, что в свою очередь детерминировано неприспособленностью МТр для полноценного развития беременности. С другой стороны, низкий уровень выработки эмбриональной жидкости играет роль адаптационного механизма, стремящегося компенсировать (путем уменьшения размеров гравидарной камеры) несоответствие между величиной постоянно растущего Пл/Я и ограниченным объемом перешейка МТр.

Так же, как и при маточной имплантации, основным эхопризнаком 5-недельной прогрессирующей ВМБ является наличие в полости Пл/Я, помимо желточного мешка, и пульсирующего эмбриона. Эхографические характеристики его аналогичны физиологическому (в М) варианту: компактное мягкотканное О овальной или округлой формы, 3–5 × 2–3 мм, эхоплотность средняя или низкая. Кроме эмбриона и желточного мешка в амнионе могут быть и другие (второстепенные) внутриамниотические нитевидные структуры, выявляемость которых при эктопической нидации понижена из-за небольшого, по сравнению с маточной беременностью, объема эмбриональной полости. Строение оболочки эктопического Пл/Я в 5 НБ аналогично таковому на предыдущей стадии (4–5 НБ), но зона избыточного утолщения стенки в области ворсинчатого (ветвистого) хориона выражена в большей степени (от 7 до 11 мм). Частота успешных УЗ-манифестаций ВМБ на этом сроке составляет 45–60%.

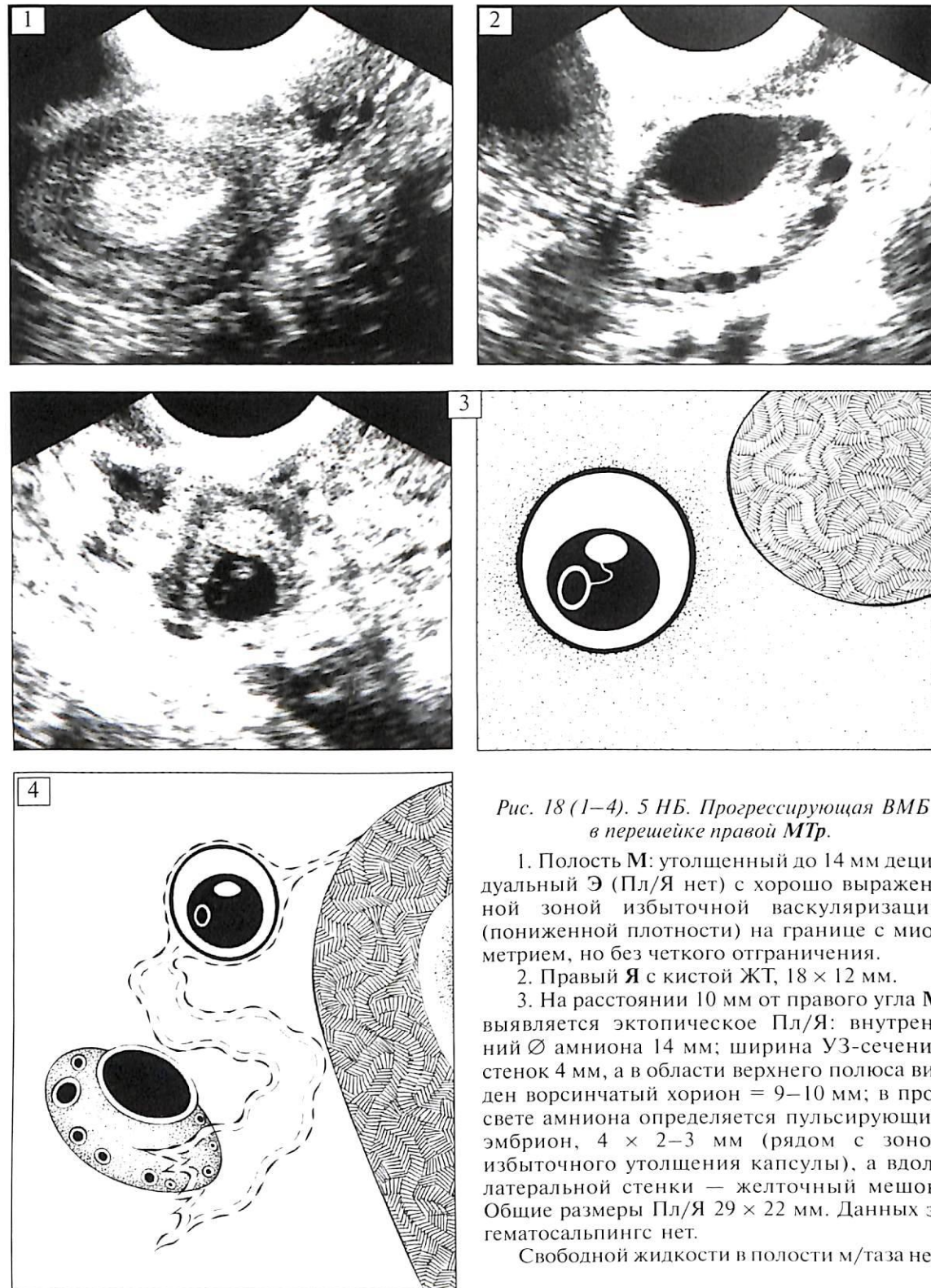


Рис. 18 (1–4). 5 НБ. Прогрессирующая ВМБ в перешейке правой МТр.

1. Полость М: утолщенный до 14 мм децидуальный Э (Пл/Я нет) с хорошо выраженной зоной избыточной васкуляризации (пониженной плотности) на границе с миометрием, но без четкого ограничения.

2. Правый Я с кистой ЖТ, 18 × 12 мм.

3. На расстоянии 10 мм от правого угла М выявляется эктопическое Пл/Я: внутренний Ø амниона 14 мм; ширина УЗ-сечения стенок 4 мм, а в области верхнего полюса виден ворсинчатый хорион = 9–10 мм; в просвете амниона определяется пульсирующий эмбрион, 4 × 2–3 мм (рядом с зоной избыточного утолщения капсулы), а вдоль латеральной стенки — желточный мешок. Общие размеры Пл/Я 29 × 22 мм. Данных за гематосальпинкс нет.

Свободной жидкости в полости м/таза нет.

На следующем рисунке показан случай удачной диагностики 5-недельной ВМБ в процессе трансабдоминального УЗИ.

Н., 32 лет. Задержка месячных 20–21 день. Болей не отмечает, кровянистых выделений из половых путей нет. При обзорной эхолокации с наполненным МП в М и за ее пределами Пл/Я не обнаружено. Н. предложено сделать тест на ХГ, опорожнить МП и продолжить исследование в ТВ-исполнении.

Мочевой грави-тест показал наличие беременности.

Перед ТВ-УЗИ сделана еще одна попытка трансабдоминального сканирования (уже с пустым МП).

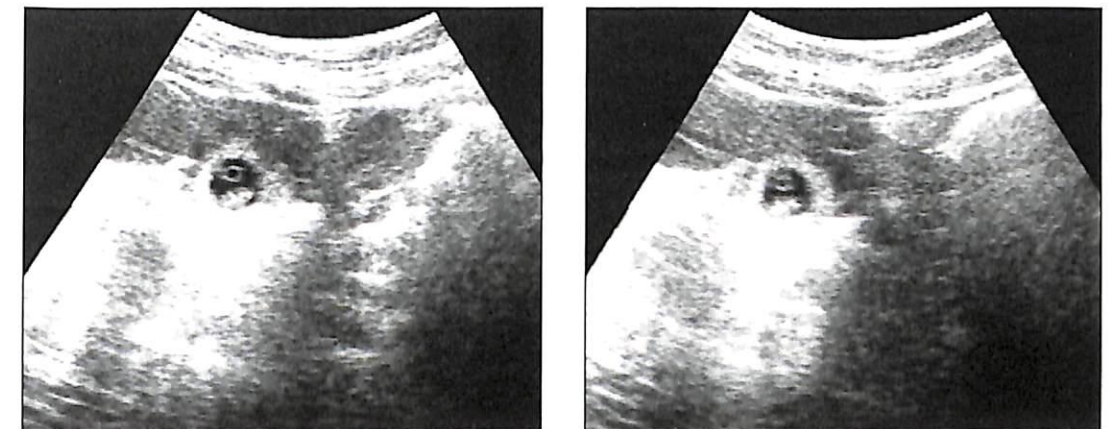


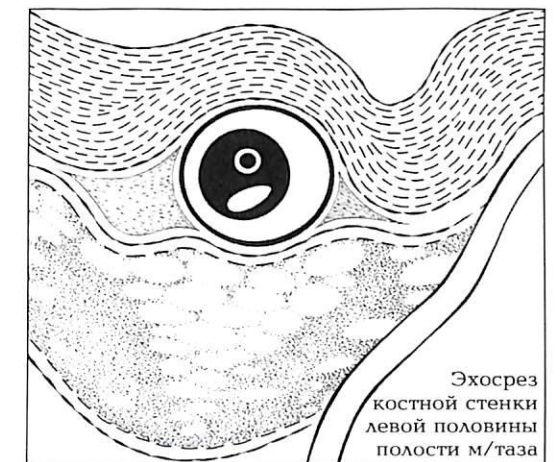
Рис. 19. Трансабдоминальное УЗИ с пустым МП при ненарушенной трубной беременности, 5 НБ.

Две эхограммы, выполненные в условиях локальной компрессии (конвексным УЗ-датчиком 3,5 МГц) передней брюшной стенки над патологическим О.

В процессе направленного поиска Пл/Я за пределами М — слева, на уровне верхней трети тела М, замечена патологическая полость с неоднородным содержимым. При изучении найденного объекта в режиме полипозиционной локальной компрессии (болезненна) трансабдоминальным датчиком он был идентифицирован как эктопическое Пл/Я: общий размер О 25 мм в Ø, внутренний Ø 13–14 мм; поперечное сечение капсулы 3–4 мм, с локальным утолщением до 8 мм по латеральному краю; в просвете, вдоль нижней стенки, виден эмбрион (5 × 3 мм) с отчетливо определяемой пульсацией, а над ним — кольцевидный желточный мешок.

ТВ-УЗИ. Данные те же.

Заключение: прогрессирующая трубная беременность (5 нед.) в верхнем отделе левой МТр. Операционное подтверждение результатов УЗИ.



В наблюдении Н. удовлетворительная визуализация внематочной эмбриональной полости была обусловлена благоприятным сочетанием двух факторов. Во-первых, небольшим объемом подкожной клетчатки, что при пустом МП позволило приблизить сканирующую поверхность трансабдоминального датчика к объекту и поэтому существенно увеличить разрешающую способность методики. Во-вторых, тем, что просвет К над О свободен от фекальных масс и воздуха, что почти полностью исключило экранирующее влияние их на лоцируемую ниже патологическую полость и потому позволило не только выявить ее, но и детально изучить строение*.

Дополнительная, но характерная деталь эхолокации (обзорно или ТВ) при ненарушенной ВМБ в 5 НБ — у большинства больных ($83 \pm 3\%$) отмечается болезненность во время дозированной прицельной компрессии патологического очага. Уместно напомнить, что тракции ТВ-датчиком, все равно — трансабдоминальным или ТВ, на данном сроке должны проводиться с большой осторожностью, чтобы не спровоцировать этим разрыв МТр.

Еще один момент нуждается в акцентации. После обнаружения и идентификации прогрессирующей трубной беременности на втором этапе периода БРС (4–5 — 6 НБ) недостаточно ограничиться формальным направлением пациентки к гинекологу для организации экстренной госпитализации с последующей неотложной операцией. Врач-УЗИ обязан непременно сам сообщить больной о результате исследования и пояснить необходимость срочного хирургического лечения ввиду высокого риска перфорации беременной трубы. Частота этого грозного осложнения после 4–5 НБ резко возрастает и в 5 НБ составляет 50–64%. Также может быть полезной информация о неизбежности разрыва МТр, всегда развивающегося внезапно и представляющего серьезную угрозу для здоровья и самой жизни. Указанные сведения должны быть доведены до обследуемой, так как иногда женщины при бессимптомном течении заболевания не всегда с должной ответственностью относятся к рекомендациям экстренного порядка.

Е., 29 лет. Обратилась на УЗИ в связи с нежелательной БРС. Менструальная задержка 20 дней. За это время сделала два мочевых теста, свидетельствующих о наступившем зачатии. Жалоб нет.

Трансабдоминальное УЗИ. В М и за ее пределами Пл/Я не выявлено. Э = 18 мм, с характерной для гравидарной слизистой децидуальной трансформацией. В правом Я — тонкостенная полость с однородным содержимым, 22 мм в Ø (киста ЖТ?). В остальном без особенностей.

Таким образом, отсутствие эмбрионального объекта в типичном месте, при довольно продолжительной задержке месячных и дважды положительных тестах на ХГ, выдвигало на первый план диагностическую гипотезу о бессимптомно протекающей (по-видимому, ненарушенной) ВМБ. Причем наличие небольшой кисты в правом Я позволяло уточнить область максимального риска обнаружения эктопического Пл/Я — справа от М.

* В противном случае, например, если бы в просвете К над О присутствовало такое же количество «естественных артефактов», как в кишечных петлях под ним, то обнаружить эктопическое Пл/Я с помощью трансабдоминального УЗИ вряд ли бы удалось.

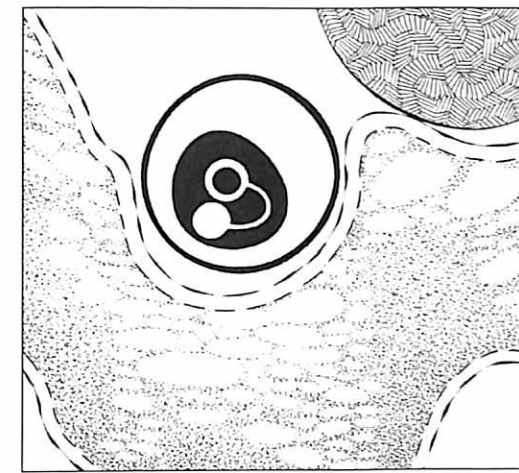


Рис. 20. Прогрессирующее Пл/Я в истмическом отделе МТр, 5 НБ.

В процессе ТВ-исследования рядом с правым углом М (11–12 мм от нее) и за пределами правого Я (отчетливым эхомаркером которого была киста ЖТ) обнаружено мягкотканно-жидкостное О явно эмбрионального генеза: амнион 17 мм в Ø; толщина стенок от 3 до 5 мм, а в верхне-медиальной части — до 9–10 мм; в просвете прослеживается живой эмбрион и, над ним, желточный мешок.

Заключение: ненарушенная правосторонняя трубная беременность (5 НБ), скорее всего — в перешейке МТр (консультация гинеколога, лапароскопия).

Участковым гинекологом выдано направление на госпитализацию. Пациентке предложено доставить ее в ближайший гинекологический стационар на машине «скорой помощи». Е. отказалась, так как приехала на обследование на собственной машине, с мужем, и заверила врача, что он «сразу же отвезет» ее в больницу. Дальнейшие события, как выяснилось из беседы через месяц, развивались следующим образом. Несмотря на сделанные гинекологом неоднократные предупреждения о необходимости безотлагательной лапароскопии и тяжелых последствиях возможного разрыва трубы, Е. решила воспользоваться выданным ей талоном на госпитализацию не сразу, так как нужно было «пристроить» двухгодовалого ребенка и «решить некоторые вопросы на работе». На отсрочку госпитализации больная пошла довольно легко, поскольку не предъявляла никаких жалоб, а также считала, что врач «несколько сгущает краски». В связи с этим в больницу она отправилась только утром следующего дня. По дороге в стационар у Е. развился болевой шок, и она была доставлена мужем в приемный покой почти в бессознательном состоянии и с признаками острой анемии.

Операция по жизненным показаниям — лапаротомия: нарушенная ВМБ по типу разрыва правой МТр с массивным кровотечением в брюшную полость.

Как видно на рис. 18, 19, 20 и 21 (см. ниже), эктопическое Пл/Я в 5 НБ представляет собой, в отличие от его УЗ-изображения в период с 3 до 4–5 НБ, не жидкостное, а мягкотканно-жидкостное параметрально-параовариальное О. В строении его, как правило, преобладает мягкотканый компонент: оболочка эмбриональной камеры с ворсинчатым хорионом и внутриполостные гравидарные структуры — эмбрион и желточный мешок и, в меньшей степени, нитевидные элементы (желточно-эмбриональное соединение, ножка эмбриона). Подобный характер прогрессирующего в МТр зародыша объясняется как относительно небольшими размерами эктопического амниона, объем которого на данном сроке на 20–34% меньше, чем при физиологической имплантации, так и преимущественным и интенсивным развитием эмбриона и ворсинчатого хориона.

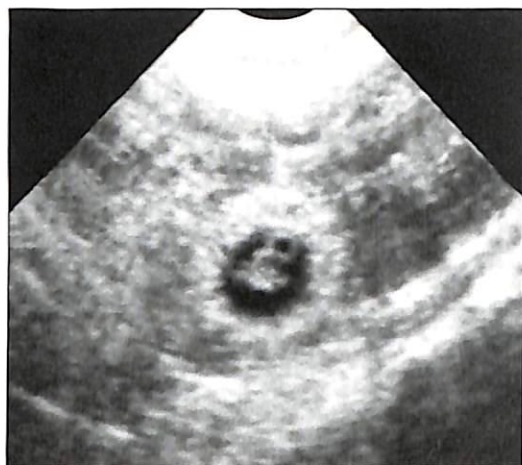


Рис. 21. Прицельная эхограмма эктопического Пл/Я, выполненная в условиях трансвагинально-трансабдоминальной компрессии, — ненарушенная ВМБ, 5 НБ.

стенки в участках, свободных от ворсинок. Благодаря этому лучше выявляется избыточное утолщение капсулы в области ворсинчатого хориона.

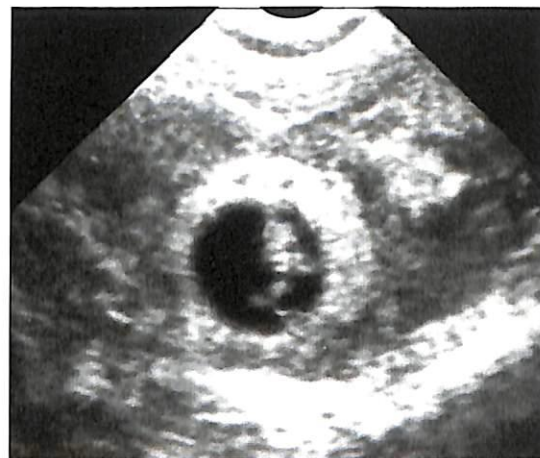
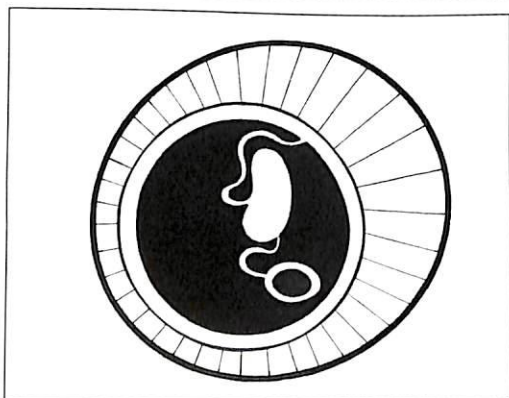


Рис. 22. 5-6 НБ. Прогрессирующая трубная беременность (одно и то же наблюдение — несколько отличающиеся друг от друга проекции прицельного ТВ-сканирования).

Эктопическое Пл/Я: амнион 19–20 мм в Ø; в просвете его видны эмбрион (6 × 4 мм, пульсирует), желточный мешок и второстепенные амниотические структуры (зародышевая ножка и желточно-эмбриональное соединение); ворсинчатый хорион — от 6 до 11 мм в области верхне-медиальной стенки, в остальных отделах толщина капсулы 3–4 мм.



5-6 и 6 НБ. Задержка месячных 23–30 дней. Посещаемость УЗ-кабинета 10%: 5-6 НБ — 7%, 6 НБ — 3%.

Эхографическая картина прогрессирующей ВМБ принципиально такая же, как и в 5 НБ. Так же как и при маточной имплантации тех же сроков, различия касаются в основном параметров количественной оценки.

Размеры амниона нарастают незначительно (от 14 до 20 мм в Ø) — в существенно меньшей степени, чем при физиологической беременности. Эмбрион же развивается нормально, размеры его: в 5-6 НБ — 6–7 × 3–4 мм, а в 6 НБ достигают 9 × 4–5 мм. Несколько трансформируется оболочка Пл/Я. Отмечается некоторое уменьшение толщины

Характерная деталь клинико-эхографической картины ВМБ, прогрессирующей до 5, 5-6 и 6 недель, а иногда, при ненарушенной ампулярной имплантации, — до 7–8 НБ и больше. Установлено, что почти все случаи трубной беременности, доношиваемой до этих сроков и выявляемой при эхолокации, приходится на долю женщин старшей возрастной группы (33–47 лет*). Скорее всего, это обусловлено тем, что репродуктивная сфера «возрастных» беременных обладает значительной устойчивостью к повреждающему действию эктопического хориона. Подобная резистентность, как общего характера (иммунологическая), так и местная (на тканевом уровне), развивается в качестве адаптивной реакции в ответ на неоднократные экстремальные акушерско-гинекологические ситуации, как правило, присутствующие на жизненном пути таких больных. Речь идет об эпизодических или многочисленных, физиологических или патологических состояниях, когда половые органы женщины (и весь ее организм) функционируют, так сказать, в режиме перегрузок: вынашивание беременности и роды, аборт, воспалительные заболевания, гиперэстрогения, нередко — эндометриоз, функциональные циклические нарушения и пр. Пройдя через «горнило» этих пертурбаций, репродуктивная система получает специфическую «закалку», детерминирующую высокую степень сопротивляемости любому патогенному фактору, в том числе и ВМБ. Дополнительно стоит отметить, что большинство беременных старшей возрастной группы, с которыми случилось несчастье — развилась эктопическая nidация, имели первоначальное желание сохранить беременность. Данный момент — неудачный вариант беременности, в сохранении которой женщина заинтересована, усугубляет трагизм клинико-диагностической ситуации, когда прямая угроза здоровью сочетается с крахом сокровенных надежд.

Ф., 42 лет. Обратилась в ЖК для постановки на учет в связи с сохраняемой беременностью (повторное замужество): задержка менструации около месяца. Два ⊕ мочевых теста на ХГ; испытывает субъективные признаки беременности (изменение вкусовых ощущений и др.). Жалоб нет. Акушерско-гинекологический анамнез: роды, три аборта, несколько раз — воспалительные заболевания придатков М. После осмотра гинеколога (некоторое увеличение М; незначительные «тяжистость и болезненность» правых придатков, расцененные как следствие хронического аднексита) направлена на УЗИ.

* У молодых же пациенток, особенно нерожавших, острое прерывание ВМБ (разрыв трубы при истмической имплантации или массивное кровотечение в полость м/таза при трубном аборте) обычно наступает раньше, в короткий промежуток от 4 до 5-6 НБ.



Рис. 23. 6 НБ. Аналогичное наблюдение (другая больная).

Величина амниотической полости 22 × 15 мм, эмбрион 10 × 5 мм, ворсинчатый хорион располагается по верхне-латеральному краю Пл/Я.

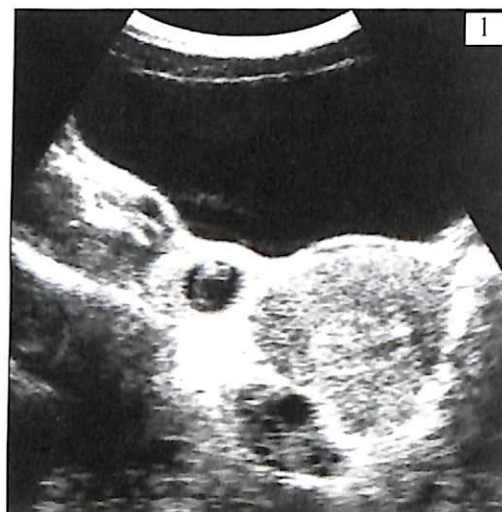


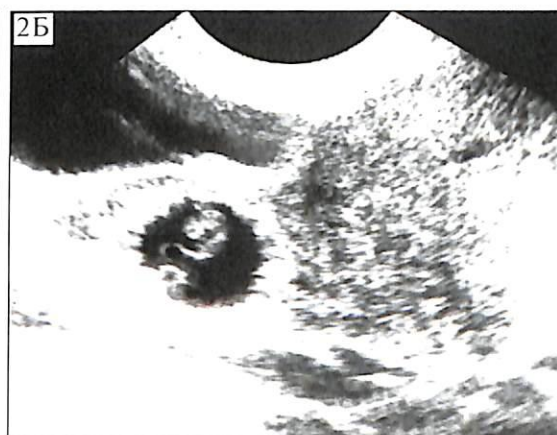
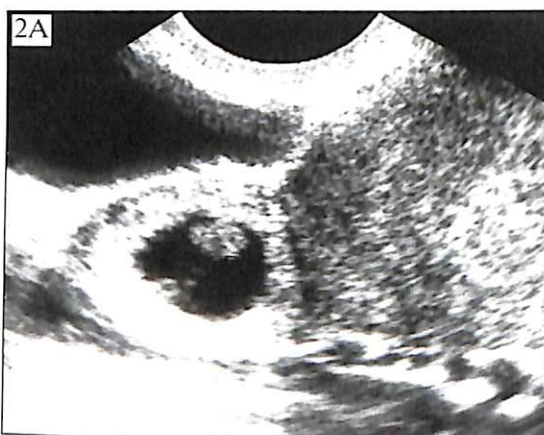
Рис. 24 (1, 2). 6 НБ. Прогрессирующая в истмическом отделе правой М/Тр эктопическая беременность.

1. Трансабдоминальное УЗИ.

М несколько больше нормы, без ФМ-узлов. В полости ее — утолщенный до 17 мм Э, децидуального типа; Пл/Я нет.

Рядом с правым углом М лоцируется эктопическое Пл/Я. Внутренний Ø гравидарной полости 20 мм; стенки от 3 до 5 мм, с локальным утолщением (9–12 мм) по латеральному краю. В просвете: около верхней стенки — пульсирующий эмбрион 10 × 5 мм и в нижнем полюсе — желточный мешок, связанные тонким желточно-эмбриональным соединением.

Правый Я расположен на 45 мм ниже эктопического Пл/Я (рядом с боковой поверхностью М), содержит кисту ЖТ, 12 мм в Ø.



2. При ТВ-УЗИ получены те же данные. 2А — продольное, 2Б — поперечное УЗ-сечения Пл/Я и эмбриона.

На рисунке 24.2 представлены два эхосреза верхней части правой параметральной области, показывающие правый угол М и, частично, децидуальный Э (рис. 24, 2А); эктопическое Пл/Я, располагающееся вплотную к внешней границе М, и, над ним, не полностью опорожненный МП.

Диагностическая ценность эхографического исследования в 5–6 и 6 НБ довольно высока и в среднем составляет $74 \pm 5\%$, а по некоторым данным — до 90%. В то же время именно в этот короткий промежуток (5–6 НБ) частота разрыва беременной трубы также до-

стигает максимальных значений. Так, при истмической имплантации к 5–6-недельному сроку перфорация МТр происходит у 78–93% больных, а до 6 НБ ненарушенное развитие ВМБ отмечается лишь в единичных случаях.

На рис. 18–24 представлена классическая, можно сказать, канонизированная эхокартина прогрессирующей трубной беременности, патогномоничная для ненарушенного развития в период от 5 до 6 НБ. К сожалению, в повседневной клинической практике такие УЗ-находки встречаются весьма редко — 5–10% от всех случаев прогрессирующей эктопической беременности. Это происходит в силу ряда причин...

- В подавляющем большинстве наблюдений в период от 4–5 до 6 НБ наступает перфорация МТр, и лишь немногие женщины донашивают истмическую ВМБ до 5 и 6 НБ и успевают пройти УЗИ.
- Сравнительно небольшая частота посещений УЗ-кабинета. Независимо от места имплантации (в М или за ее пределами) только 20% от общего числа женщин с БРС проходят первичное УЗИ в сроки 5, 5–6 и 6 НБ.
- Сложность эходиагностики прогрессирующей ВМБ. Даже в наиболее благоприятный для УЗ-манифестации период развития (4–5 — 6 НБ) реальная частота эхографической верификации данной патологии обычно не превышает 70–82%. Предлагаемые же некоторыми авторами более высокие показатели (90% и выше) представляются неоправданно оптимистичными.

Обсуждение УЗ-симптоматики прогрессирующей перешеечно-трубной беременности было бы неполным без рассмотрения редко встречающегося атипичного варианта данной патологии. Морфологически суть его в том, что собственно Пл/Я в виде жидкостного О, состоящего из амниотической камеры и наружной хориальной оболочки, в МТр не образуется. По-видимому, это происходит так: из-за гибели эмбриобласта в постимплантационном периоде первичная (трофобластическая) полость бластоцисты спадается, и в дальнейшем развитие беременности осуществляется только за счет роста хориона, инфильтрирующего стенки трубы в продольном и поперечном направлениях. Параллельно в этом месте отмечается избыточное развитие эндосальпинкса, который под влиянием гормонов эктопического трофобласто-хориона и ЖТ Я приобретает черты псевдодецидуальной оболочки. Нередко, вследствие преобладающего продольного распространения хориона, в патологический процесс вовлекается верхняя часть ампулы.

Клинические проявления неспецифичны: задержка месячных → бессимптомное течение фазы ненарушенного развития → разрыв трубы. Однако, в отличие от, так сказать, типичного роста бластоцисты, когда из нее формируется Пл/Я, при изолированной персистенции хориона (без амниона) обычно наблюдается удлинение фазы прогрессирующей беременности до 5–6 — 7 НБ (по гестационным расчетам) и выше. Это обусловлено превалированием подслизистого (вдоль просвета яйцевода) распространения эктопического хориона, которое более или менее длительное время протекает без поперечного прорастания и перфорации тубарной стенки. Иногда, если пораженный участок локализуется на границе перешейка и ампулы МТр или имеется значительная по протяженности «хори-

альная инфильтрация» ампулы, могут наблюдаться эпизоды скудных темных выделений из половых путей. Мочевые тесты на беременность положительные, концентрация ХГ в сыворотке крови нормальная или соответствует нижней границе нормы.

Эхосимптоматика отражает указанные выше морфологические и патогенетические особенности атипичного варианта истмической (истмическо-ампулярной) имплантации. А именно: наличие ограниченного по протяженности (18–50 мм), вытянутого по ходу МТр диффузного, муфтообразного утолщения (от 3–4 до 12 мм) и уплотнения тубарных стенок, благодаря чему они становятся видимыми в процессе сканирования. На этом уровне, в просвете яйцевода, жидкостного О (эмбриональной камеры) или скопления жидкости (крови) нет, но прослеживается утолщенная от 5 до 10 мм слизистая, располагающаяся вдоль пораженного участка и окруженная низкоплотностной зоной геморрагического отека (2–5 мм). Проще говоря, на эхограммах выявляется параметрально-параовариальное мягкотканное О неоднородного строения, тубулярного типа.

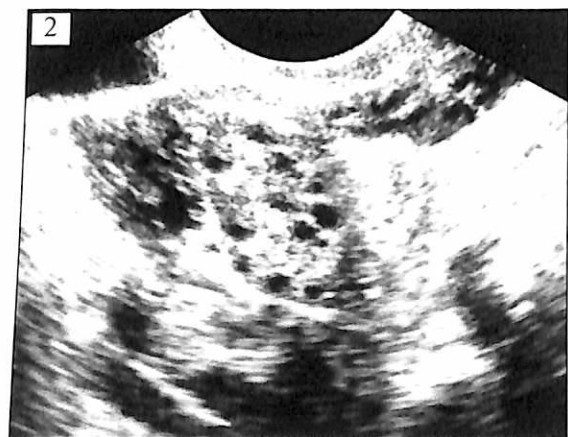
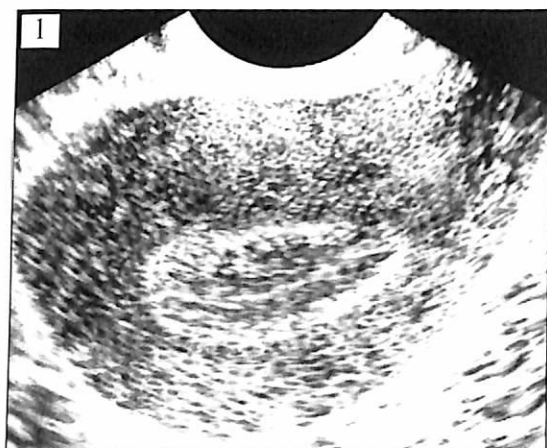


Рис. 25 (1–4). Атипичный вариант прогрессирующей истмическо-тубарной беременности — ненарушенная персистенция эктопического хориона, без амниона (гестационный срок 5 НБ).

1. М и децидуальный Э (12–13 мм), без Пл/Я.

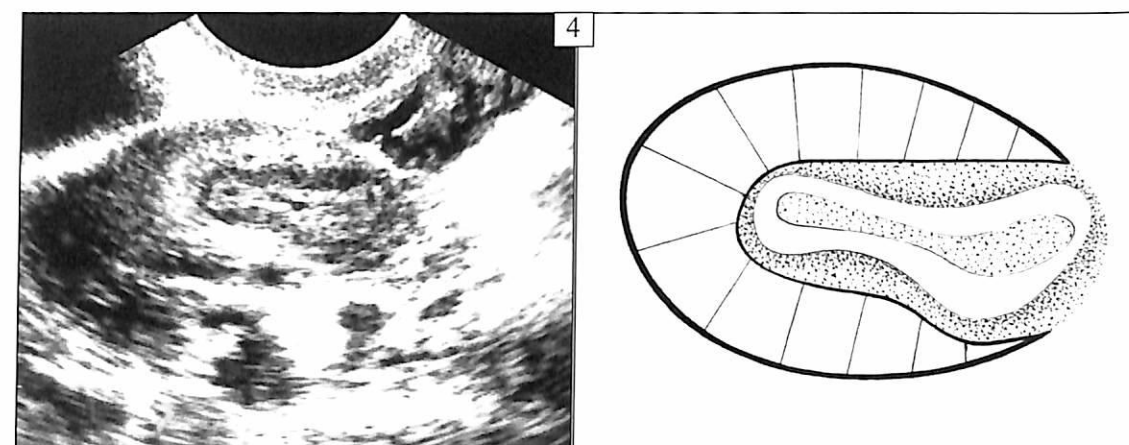
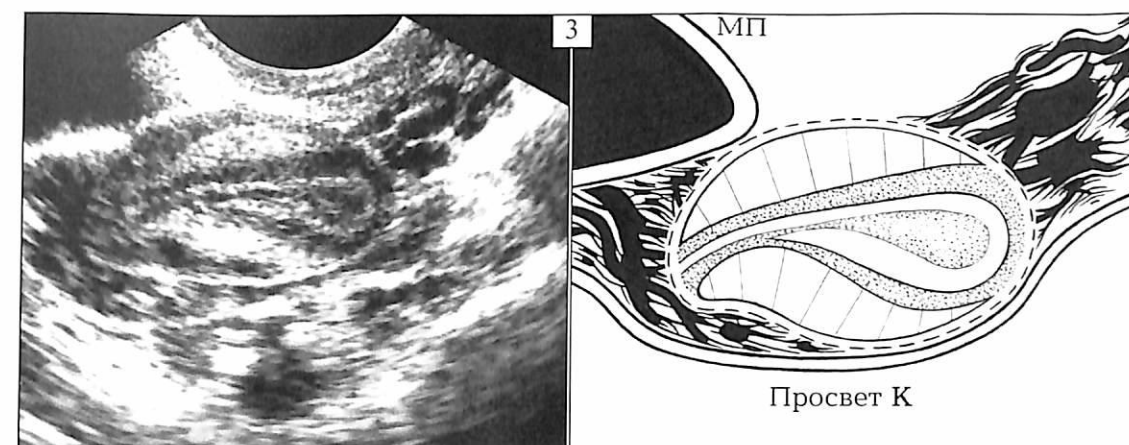
2. Интактный правый Я — не увеличен, с множественными мелкими фолликулами.

3 и 4. Разные проекции параовариального гравидарного О (37 × 21 мм), располагающегося позади Я, но совершенно отдельно от него.

Остальные пояснения в тексте.

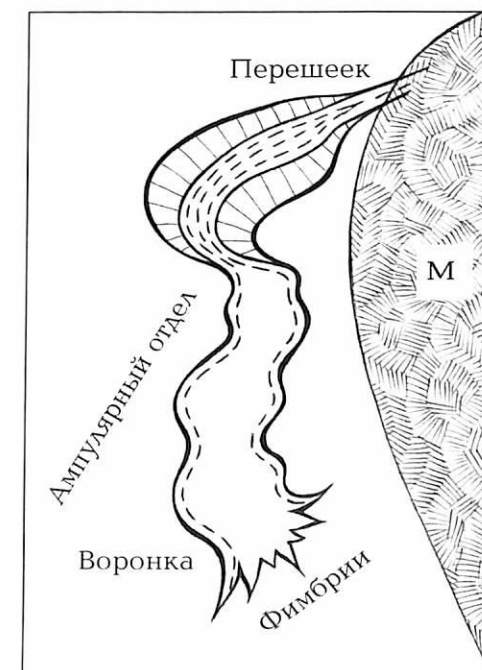
В дополнение к ним можно отметить, что удовлетворительной визуализации патологического очага в данном случае способствовало благоприятное сочетание следующих скановых особенностей лоцируемого объема: 1) нижняя граница О подчеркнута верхней стенкой К; 2) верхне-латеральная часть — полупустым МП; 3) медиальный и латеральный полюсы — расширенными параовариально-параметральными сосудами.

Контуры этого О четкие и ровные. Но только в тех отделах, где они отграничены серозной (наружной) оболочкой МТр. В проксимальном и дистальном отделах — на границе зоны хориальной инфильтрации с интакт-



ными участками трубы контуры патологического очага «теряются», что и придает ему «разомкнутый», тубулярный характер (рис. 25, 3). На некоторых срезах (рис. 25, 4), при скошенных относительно МТр проекциях сканирования или если труба в этом месте делает изгиб, один из полюсов О нередко оказывается замкнутым, ограниченным тубарной стенкой. Еще одна деталь: в области обоих полюсов поперечный размер утолщенных стенок уменьшается, более или менее плавно переходя в неизменные, и поэтому невидимые, отделы яйцевода.

Подводя итог раздела, посвященного эхосимптоматике перешеечно-тубарной беременности, полезно суммировать некоторые под-



меченные закономерности, отчасти справедливые и для ампулярной имплантации (за исключением типа прерывания ВМБ и конкретных показателей УЗ-выявляемости), в виде характерологических кривых.

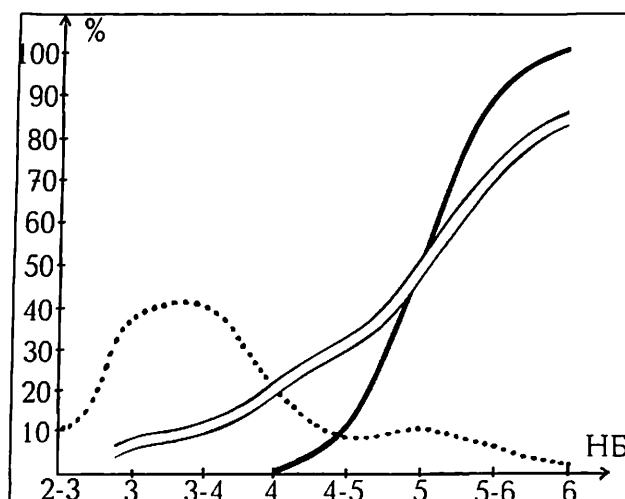


Рис. 26. Зависимость эхографической выявляемости (двойная линия) прогрессирующей истмической ВМБ и частоты разрыва МТр (сплошная линия) от гравидарной хронологии и посещаемости (пунктир) больными УЗ-кабинета.

Как следует из приведенных кривых, наибольшее число первичных обращений женщин с БРС (при любом варианте беременности) на УЗИ приходится на начальный этап развития гравидарного процесса (до 4-5 НБ — 78–80%), когда риск разрыва МТр при истмической имплантации отсутствует (2-3 — 4 НБ) или незначителен (до 8–10% в 4–5 НБ). Именно этот, относительно продолжительный по сравнению со стремительным и трагичным развитием событий после 4–5 НБ, период ненарушенного (атравматичного, безопасного) роста эктопического Пл/Я является хронологической зоной ранней диагностики прогрессирующей ВМБ. УЗ-распознавание данной патологии в указанный промежуток обеспечивает возможность своевременной (до перфорации трубы) хирургической коррекции критической акушерско-гинекологической ситуации. Однако, вследствие постоянного действия значительного числа неблагоприятных факторов (среди которых главные — бессимптомное течение, объективные и субъективные сложности эхосканирования, а также ортодоксальное толкование официальной доктрины УЗ-распознавания прогрессирующей ВМБ), верификация ненарушенной истмической имплантации в сроки от 2-3 до 4-5 НБ представляет наибольшие и зачастую непреодолимые трудности. В связи с этим большинство наблюдений прогрессирующей трубной беременности не распознается, и короткая (при локализации Пл/Я в перешейке МТр) история заболевания, как правило, имеет неизбежный финал — разрыв беременной трубы. В таком ракурсе, как это ни печально, отражающем современное положение дел, единственным утешением для

диагностического звена акушерско-гинекологической помощи служит весьма незначительная частота данной патологии, — ВМБ вообще встречается редко (1,8–2,5% от всех зачатий), а истмическая локализация Пл/Я отмечается только в 18–24% случаев трубных нидаций.

Вместе с тем, вопреки общепринятой установке о том, что достоверное УЗ-распознавание прогрессирующей ВМБ доступно лишь после 5 НБ, когда вне М определяется Пл/Я с пульсирующим эмбрионом, есть все основания утверждать — эходиагностика эктопической нидации в сроки от 2-3 до 4-5 НБ вполне возможна. Она доступна любому специалисту, «вооруженному» тем, что можно назвать высокой степенью ВМБ-настороженности, обладающему определенным специфическим опытом и работающему на современном оборудовании. Перечень условий и личных профессиональных достоинств, способствующих раннему выявлению ВМБ, может быть продолжен до бесконечности, но нельзя не отметить таких исследовательских качеств, как: стремление врача-УЗИ разрешить (разъяснить) любую не совсем типичную диагностическую ситуацию и, тем самым, оказать максимальную помощь обследуемой; умение выбрать адекватную диагностическую гипотезу и на ее основе осуществить направленный поиск предполагаемого объекта со всей возможной скрупулезностью и непредвзятостью; способность к объемному восприятию множественных эхосигналов и грамотному выделению из них квалификационных признаков и микросимптомов, позволяющих идентифицировать (точно или ориентировочно) оптико-акустический образ; и конечно же — мастерское владение техникой манипулирования трансабдоминальным и трансвагинальным УЗ-датчиками.

Несомненно, диагностические возможности эхосканирования на начальном этапе развития ВМБ весьма ограничены. В частности, выявляемость эктопического Пл/Я в процессе первичных обращений на УЗИ, в 3 — 3-4 — 4 НБ колеблется от 8 до 20%, а в 4-5 НБ — от 20 до 40%. Между тем, при использовании метода динамического УЗ-контроля и выполнении пациенткой дополнительных рекомендаций (наблюдение гинеколога, тестирование крови на ХГ) показатель своевременной диагностики ненарушенной ВМБ существенно возрастает. Впрочем, независимо от статистических выкладок (кстати, не претендующих на абсолютную точность, а лишь отражающих общие закономерности и тенденции), каждое наблюдение успешного распознавания прогрессирующей трубной беременности на первом этапе ее развития, безусловно, надо расценивать как настоящую диагностическую победу* — торжество современной медицинской технологии и профессионализма над слепой и непредсказуемой случайностью, когда самое жизнеобразующее человеческое начало (зачатие и прогрессирование беременности) выступает в качестве чрезвычайно опасного и агрессивного патогенного фактора. Более того, каждый врач-УЗИ должен рассматривать иногда (всегда неожиданно) возникающую перед ним необходимость ранней диагностики ВМБ не в качестве непосильной задачи, а как почетный шанс, позволяющий ему доказать свою диагностическую состоятельность и, таким путем, в ряде случаев спасти молодую женщину от неминуемой (особенно при истмической локализации Пл/Я

* «Не надо бояться громких слов, если они несут в себе правду» (Дж. Стейнбек).

в МТр) катастрофы — перфорации МТр с массивным внутренним кровотечением и перитонеально-геморрагическим шоком. С учетом же всех трудностей, выпадающих на долю эходиагноста при раннем выявлении эктопической nidации (все равно — в перешейке или ампуле трубы), любой такой случай следует отнести к разряду достойных уважения и благодарности диагностических достижений, которыми можно гордиться, которые приносят чувство самодостаточности и востребованности.

Каждому длительное время работающему специалисту знакомо это ощущение: сложная смесь усталости, нервного напряжения и удовольствия. Таково удовлетворение профессионала, отлично сделавшего сложную работу. Собственно говоря, ему не нужны слова благодарности и, даже, не очень важны деньги — ему необходим процесс самоотдачи. В этом и есть главная награда, потому что, в конечном итоге, невостребованность ранит больше всего.

II фаза (прерывание ВМБ). Разрыв трубы

или, иначе говоря, наружный разрыв плодместилища является закономерным и неизбежным финалом своевременно не диагностированной ВМБ, локализуемой в перешейке МТр (18–24% трубных nidаций). Может произойти в любой момент после 4 НБ, но чаще всего наступает в промежутке от 4–5 до 5–6 НБ. Перфорация трубы эктопическим хорионом вызывает повреждение ее кровеносных сосудов, избыточно развитых при беременности. В связи с этим развивающееся кровотечение всегда бывает обильным или массивным (кровопотеря свыше 1000 мл). Клиническая картина данного осложнения отличается яркостью субъективных проявлений — симптомов острого внутрибрюшного кровотечения, вызывающего выраженный в той или иной степени болевой (перитонеальный) шок и анемию.

Острое начало. На фоне задержки очередной менструации, среди полного здоровья, внезапно появляется резкая приступообразная боль внизу живота, как правило, в одной из подвздошных областей. Боль отличается высокой интенсивностью и обычно иррадирует в прямую кишку, поясницу или нижние конечности. Часто развивается френникус-симптом, характеризующийся иррадиацией в ребра, ключицу, межлопаточную область. Нередко интенсивность приступа бывает настолько высокой, что вызывает болевой шок с потерей сознания. У других пациентов острое алгическое состояние (вызванное как собственно разрывом МТр, так и раздражением брюшины кровью) сопровождается головокружением, сильной слабостью, тошнотой и рвотой. Общее состояние женщины прогрессивно ухудшается, иногда вплоть до развития тяжелых степеней геморрагического шока. У одних больных на это уходит несколько часов, у других — 20–30 минут, в зависимости от интенсивности кровотечения и исходного состояния организма.

Диагностика разрыва беременной трубы почти всегда не вызывает затруднений, поэтому главным требованием, предъявляемым к практическим врачам в такой ситуации, является умение быстро и четко организовать адекватную неотложную помощь. В основном это касается врачей гинекологических стационаров. В поле зрения амбулаторной акушерско-гинекологической службы по-

добные больные попадают крайне редко, так как почти всегда сразу госпитализируются «по скорой». Клиническая симптоматика катастрофы в полости малого таза с обильным внутренним кровотечением обычно настолько ясна, а состояние больной такое тяжелое, что нет необходимости и времени для применения дополнительных методов исследования, в том числе и УЗИ. И все же, если УЗ-прибор находится в приемном отделении больницы или непосредственно в операционной, иногда удается выполнить эхосканирование при перфорации МТр до экстренного хирургического вмешательства.

Эхографическое исследование при разрыве трубы показывает картину вырванного внутреннего кровотечения, характеризующегося наличием большого количества свободной жидкости (крови) в естественных углублениях м/таза. Наиболее типично скопление крови в позадматочно-позадишеечном пространстве.

Рис. 27. Состояние после разрыва МТр. Позадиматочная гематома.

Продольная проекция трансабдоминального УЗИ.

Свободная жидкость позади М и ШМ — в пространстве между задними стенками М—ШМ и передней поверхностью ампулярного и ректосигмоидного отделов прямой К.



Почти всегда, наряду с маточно-прямокишечной гематомой, отмечается скопление крови около боковых поверхностей М. Преимущественно на стороне перфорированной трубы. Одновременно могут быть видны затеки жидкости в яичниковое углубление широкой маточной связки (параовариально), вдоль петель К и между ними, а также в области дна и боковых стенок м/таза.

Рис. 28. ВМБ. Перфорация левой МТр. Гемопельвиоперитонеум.

Аксиальный эхосрез М.

Жидкость позади М и в обеих параметральных областях — больше слева, где видны затеки крови: между петлями К и боковой стенкой м/таза, а также в области нижнего полюса левого Я.



В случае массивного (свыше 1000 мл) и очень интенсивного кровотечения в процессе эхолокации выявляется симптом «плавающей матки», когда кровь скапливается не только позади М и в боковых отделах м/таза, но и проникает в маточно-пузырное пространство — М со всех сторон окружена свободной жидкостью (кровью).

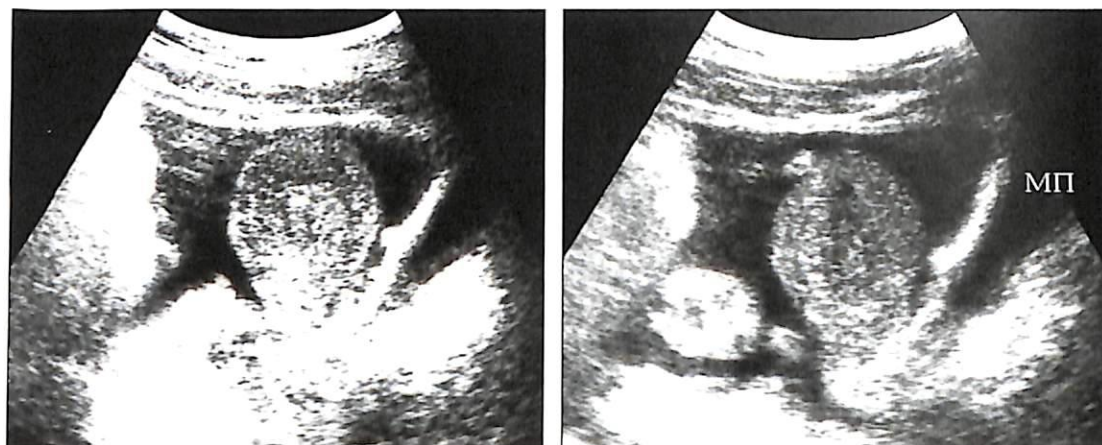


Рис. 29. Обширный гемоперитонеум в результате разрыва беременной трубы.

Разные проекции продольного эхосканирования — симптом «плавающей матки» (пояснения в тексте).

ВМБ в АМПУЛЕ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

встречается в три раза чаще, чем в истмическом отделе, и составляет от 74 до 83% (в среднем 80%) трубных имплантаций, а по отношению ко всем вариантам эктопической беременности — примерно 75–78%.

Ампулярный отдел яйцевода отличается крайней степенью неприспособленности к вынашиванию имплантированного в нем Пл/Я, что, наряду с представленными в главе I анатомическими и патогенетическими особенностями, накладывает определенный отпечаток на все фазы течения патологического гравидарного процесса и его клинко-эхографические проявления.

Клиническая симптоматика ампулярной трубной беременности складывается из трех основных признаков: 1) нарушение менструальной функции — задержка или необычный характер последней менструации; 2) кровянистые выделения из половых путей; 3) боли внизу живота. Однако, взятые по отдельности, и даже в том или ином сочетании друг с другом, перечисленные симптомы не патогномичны для ВМБ, а «классическая» триада признаков наблюдается менее чем в половине случаев (24–45%). Больше того, не будучи подкрепленными результатами УЗИ и тестированием на ХГ, данные симптомы не могут расцениваться в качестве специфических как для ампулярной нидации, так и для беременности вообще. С одной стороны, они могут наблюдаться при функциональных циклических нарушениях или осложненном течении физиологической беременности, а также при воспалительных заболеваниях. С другой стороны, при ВМБ частота их, степень выраженности, сроки и последовательность появления непостоянны у разных больных. Следовательно, клиническая картина (жалобы, анамнез, данные гинекологического осмотра) позволяет лишь заподозрить эктопическую имплантацию. Уточ-

нение диагноза требует комплексного обследования с применением ультразвукового и лабораторного методов. При этом зачастую отмечаются самые неожиданные сочетания и пересечения симптомов, а также полиморфизм, наслоение и дублирование различных признаков. Нередко это создает дополнительные сложности для объективного анализа диагностической ситуации или, в ряде случаев, вызывает у врача, занятого первичным обследованием, изрядный психологический шок от неспецифичности и/или избытка информации. В других наблюдениях, напротив, субъективная симптоматика (жалобы, анамнез) бывает чрезвычайно скудной, а данные объективных методик (осмотр гинеколога, УЗИ, тестирование на ХГ) противоречивыми. Рассматривая же проблему в совокупности, нужно констатировать, что в большинстве случаев дооперационное распознавание ампулярно-трубной беременности представляет значительные трудности. В этом плане любая попытка классификации и систематизации клинко-эхографических проявлений ВМБ является вынужденным упрощением действительного положения дел. В то же время, решительно отбрасывая шелуху формально-логических рассуждений и привычных стереотипов, мы можем извлечь из целого ряда, казалось бы, разрозненных симптомов и микросимптомов зерно фактов и рассмотреть их с позиций клинического реализма — в виде более или менее определенных клинко-патогенетических закономерностей и конкретных наблюдений из практики.

В частности, всех беременных с ампулярной нидацией можно разделить на две группы, формируемые в зависимости от наличия или отсутствия главного гравидарного симптома — нарушения менструальной функции, служащего поводом для выполнения УЗИ (по личной инициативе пациентки или по назначению гинеколога) с подозрением на БРС. **Типичный вариант ВМБ (72–80%)**, когда имеется задержка месячных или (реже) женщина отмечает необычный характер последней менструации, что в обоих случаях заставляет ее думать о произошедшем зачатии. **Атипичный вариант** (в среднем 25%) — нарушения менструального цикла нет. В настоящей главе разбирается наиболее часто встречающийся, типичный вариант заболевания*. Атипичная форма будет рассмотрена в главе IV, посвященной изучению диагностических трудностей и ошибок.

I фаза. Ненарушенная, прогрессирующая ампулярная трубная беременность

При расположении Пл/Я в ампуле МТр фаза ненарушенного развития значительно короче, чем в случае истмической локализации, и обычно продолжается 1–1,5 недели, до 3–4 НБ.

На протяжении этого периода мочевые гравитесты почти всегда положительные. Исследование же сыворотки крови на ХГ обычно (84–98%) показывает пониженные уровни гормона — достоверно меньшие, чем при маточной бере-

* Если понятие «типичный» вообще применимо к такому нетипичному во всех отношениях явлению, как эктопическая беременность.

менности того же срока, что связано с нарушением продукции ХГ эктопическим трофобластом, развивающимся сразу же или через небольшой промежуток времени после имплантации бластоцисты в эндосальпинкс ампулы **МТр**.

Этот же фактор (морфо-функциональная неполноценность трофобласто-хориона при ампулярной нидации) предопределяет некоторые особенности клинической картины.

На субъективных проявлениях сверхраннего этапа развития Пл/Я в ампуле **МТр** стоит остановиться подробнее, так как от 50 до 70% беременных обращаются на УЗИ в сроки до 4 НБ. Кроме того, как уже не раз отмечалось, знание врачом-УЗИ клинической симптоматики позволяет ему выработать наиболее оптимальную рабочую концепцию исследования и на ее основе наметить главные векторы эхографического поиска.

70–74% женщин с ампулярной трубной беременностью отмечают задержку очередной менструации. Из них у 62–73% больных дальнейшее течение периода ненарушенного развития эктопического Пл/Я протекает бессимптомно. У других беременных (27–38%) через 2–7 дней после задержки наблюдается появление мажущих, темных, скудных кровянистых выделений из половых путей. Это происходит вследствие того, что развивающиеся в ампуле трубы хориальные ворсинки не получают достаточного кровоснабжения из окружающего зародыш эндосальпинкса → возникает гипоксия хориона, сопровождающаяся снижением выработки ХГ трофобластическим эпителием → в ответ на это уменьшается функциональная активность ЖТ-беременности **Я** → снижается концентрация **П**, что вызывает в спиралевидных артериях децидуального **Э** стаз и микрокровоизлияния. В результате, в пространство между децидуальной оболочкой и базальным слоем **Э** и, в меньшей степени, в щелевидный просвет полости **М** постепенно поступают незначительные порции крови, которая медленно эвакуируется по типу малоинтенсивной метроррагии. Примечателен цвет этих выделений — довольно темный, почти коричневый или дегтеобразный (напоминает кофейную гущу или «шоколадное» содержимое эндометриоидных кист) вследствие высокой концентрации пигментов распадающихся эритроцитов (лизированная кровь), что обусловлено очень медленным темпом внутриматочного кровоизлияния. Наружное кровотечение также весьма незначительное, от отдельных «мазков» до более или менее постоянных скудных выделений (как иногда отмечают пациентки — «мажется темной кровью»). Продолжительность метроррагии отличается непостоянством — от нескольких часов или дней до непрерывных кровянистых поступлений. Иногда, при позднем обращении женщины за помощью или затянувшимся периоде дооперационной диагностики, кровотечение продолжается довольно долго, то прекращаясь, то возобновляясь, вплоть до хирургического удаления эктопического трофобласто-хориона. В подобных наблюдениях кровянистые выделения не прекращаются ни после противовоспалительного лечения, ни даже после выскабливания полости **М**.

Необходимость столь подробного описания данного симптома продиктована тем, что именно он (в том виде, как это показано выше) служит единственным, причем довольно часто встречающимся и относительно характерным, субъективным показателем раннего периода эктопической имплантации.

Примерно 30% женщин с ампулярной локализацией трубной беременности обращаются на УЗИ с нетипичным характером последней менструации — непонятным или подозрительным на БРС (в зависимости от того, сделан мочевого грави-тест или нет), а собственно задержка месячных отсутствует. При этом возможен целый ряд вариантов субъективных проявлений, наблюдающихся со сравнительно одинаковой частотой.

- «Менструация» наступает своевременно, но необычно скудная и непродолжительная. Конечно, это не менструация, а метроррагия, обусловленная частичным отторжением **Э** в срок ожидаемых месячных. По-видимому, ЖТ-беременности, не получая сразу после имплантации* адекватной гормональной стимуляции от эктопического хориона, реагирует на необычные условия привычным предменструальным снижением концентрации **П**, вызывающим псевдоменструальное кровотечение. Потом довольно быстро наступает компенсаторная реакция: ЖТ приспосабливается к функционированию в режиме низкого уровня ХГ — продукция **П** несколько возрастает и становится постоянной — метроррагия прекращается. После этого чаще всего следует период бессимптомного прогрессирования до 3–4 НБ.
- Аналогичное начало (короткая и необильная псевдоменструация) с появлением, через 2–5 дней, характерных для ВМБ мажущих темных выделений.
- Кровотечение начинается в срок ожидаемой менструации (но в меньшем объеме, чем обычно) и длительное время не прекращается — в виде скудных коричневых выделений; или, цитируя высказывания больных, «месячные пришли как всегда (без задержки), но не останавливаются». Механизм начала псевдоменструации такой же, как в перечисленных выше случаях, но восстановления (пусть даже временного) прогестеронпродуцирующей функции ЖТ не происходит, что детерминирует наличие непрерывной малоинтенсивной метроррагии. Продолжительность ее обычно превышает длительность привычных месячных, что и служит причиной обращения пациентки к гинекологу (или сразу на УЗИ). У некоторых женщин метроррагия временно прекращается и, через короткий «светлый» интервал, возобновляется. У других, после прекращения кровянистых выделений, период бессимптомного течения ВМБ пролонгируется (2 нед. и больше) и заканчивается с появлением болей внизу живота. Иногда кровомазание продолжается на протяжении всей фазы ненарушенного развития Пл/Я в ампуле **МТр**, вплоть до возникновения симптомов прерывания эктопической беременности.
- Псевдоменструация, скудная и короткая (обычно не более 3 дней), может начаться за 3–7 дней и закончиться раньше предполагаемого времени наступления очередных месячных. В ожидаемый срок месячные «не приходят». Затем, после задержки от 3 до 12 дней, появляются мажущие темные выделения из половых путей. Значительно реже после прекращения предменструальной метроррагии следует бессимптомный период продолжительностью 1,5–2 недели.

* Хронологически совпадающей с предполагаемым началом очередной менструации.

Еще одна модификация данного варианта: кровотечение (а точнее — кровомазание) возникает за 1–2 дня до начала привычных, по предшествующим циклам, месячных и завершается в первые дни ожидаемой менструации. Дальнейшие события развиваются по приведенной выше схеме.

Независимо от хронологических нюансов, преждевременное, по сравнению с предполагаемым сроком физиологической десквамации Э, появление кровянистых выделений связано с постимплантационным падением уровня П. Но только в случае необычно раннего наступления имплантации в МТр, что иногда наблюдается при патологически быстром развитии зиготы до уровня бластоцисты. Данное явление, по мнению ряда авторов, служит одним из факторов трубной нидации*.

Болевые ощущения для фазы ненарушенного течения ампулярно-трубной беременности не характерны.

Результаты вагинального исследования почти всегда малоинформативны, так как при небольшом гравидарном сроке увеличение беременной трубы минимально и недоступно пальпаторной идентификации.

Представленные сведения показывают, что у 45–62% больных с ампулярной имплантацией (в среднем 54%) прогрессирование Пл/Я в эндосальпинксе ампулы МТр накладывает существенный отпечаток на клиническое течение фазы ненарушенного развития ВМБ. В основном это касается субъективных проявлений, характеризующихся появлением, после задержки месячных или нетипичной последней менструации, мажущих и темных кровянистых выделений. Констатация данного признака, особенно при положительном гравитесте, позволяет гинекологу сформулировать подозрение на эктопическую беременность, а для врача-УЗИ является сигналом к выполнению направленного поиска Пл/Я за пределами М.

* * *

Эхографическая симптоматика прогрессирующей ВМБ, локализуемой в ампуле МТр, аналогична УЗ-семиотике ненарушенной истмической имплантации тех же сроков: 1) в полости М определяется утолщенный от 11–12 до 20 мм (иногда больше) децидуальный Э, без Пл/Я; 2) Я не изменены; в одном из них, чаще в правом, лоцируется ЖТ-беременности (иногда кистозное); 3) в ряде случаев отдельно от М и Я выявляется параметрально-параовариальное патологическое жидкостное О (эктопическое Пл/Я), аналогичное таковому при нидации в перешейке трубы — правильной округлой или овальной формы, толщина стенок 3–6 мм, содержимое однородное (до 4–5 НБ) или с характерными внутриамниотическими элементами. Различия касаются, в первую очередь, топографии внематочного эмбрионального камеры и, в меньшей степени, размеров амниона.

* Причины эпизодов повышенной биологической активности зародыша не выяснены. Однако есть основания полагать, что это обусловлено ростом оплодотворенной яйцеклетки в условиях локальной (региональной) гиперэстрогении, развившейся в том цикле, когда произошло данное зачатие.

При ампулярной имплантации эктопическое Пл/Я локализуется в одной из параметральных областей (в 68–80% случаев — справа), на уровне нижней (чаще) и средней (реже) трети тела М. В процессе направленного УЗ-поиска «ареал» внематочного эмбрионального объекта располагается кзади от фронтальной срединной плоскости М и распространяется: в вертикальном направлении — от границы верхней и средней трети тела М до ее перешейка; латерально — на 50–60 мм (максимально) от бокового края М; медиально — с переходом в позаиматочное пространство, обычно на уровне перешейка. В случае левосторонней нидации верхняя граница зоны диагностического интереса расположена несколько выше, чем справа, так как левый Я нередко локализуется на уровне угла М (и выше), что определяет более высокую локализацию ампулы левой МТр.

Разумеется, предусмотреть и показать все модификации топографических взаимоотношений между М, Я и эктопическим Пл/Я невозможно, так как они определяются множеством факторов, действующих одновременно, сугубо индивидуально и сочетанно. Например: уровнем имплантации зародыша в ампуле МТр — чем ближе место нидации к воронке трубы, тем ближе к перешейку М лоцируется внематочная гравидарная полость; особенностями расположения М и Я; локализацией Я; состоянием кишечника (преимущественно сигмовидной К и ректосигмоидного отдела прямой К), петли которого при метеоризме или большом объеме плотных фекальных масс могут произвольно смещать ампулу МТр; степенью наполнения МП. Вместе с тем, ретроспективный анализ значительного числа клинических наблюдений делает возможной демонстрацию наиболее часто встречающихся вариантов. Причем общей чертой, характерной для почти всех случаев ненарушенной ампулярной ВМБ, является дислокация эктопического Пл/Я кзади от срединных фронтальных плоскостей М и Я. Проще говоря, самое типичное место УЗ-обнаружения имплантированного в ампуле трубы зародыша — пространство между нижним полюсом Я (кзади от него) и боковой поверхностью М, иногда обозначаемое в зарубежной литературе как «эктопический угол».

Примечательно, что анатомические взаимоотношения между М, Я и эктопическим Пл/Я наиболее показательны в процессе трансабдоминального УЗИ с наполненным МП. Данный способ сканирования позволяет получить (и зафиксировать) обзорную, общую картину исследуемого объема полости м/таза, в отличие от ТВ-УЗИ, обеспечивающего преимущественно прицельную эхолокацию.

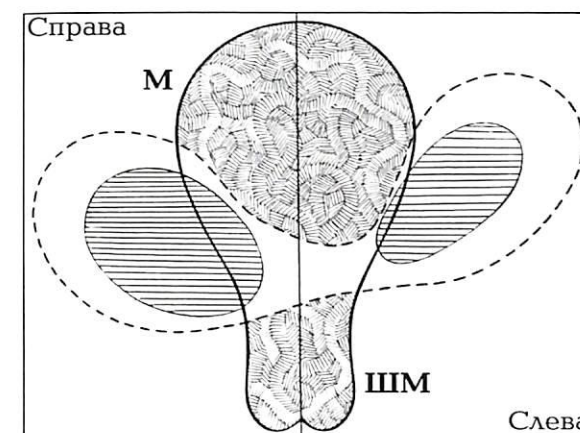


Рис. 30. Зона диагностического интереса (фронтальная плоскость м/таза) при ВМБ в ампуле МТр.

Штриховкой отмечены области наиболее вероятного выявления эктопического Пл/Я.

Конечно, только в тех довольно редких наблюдениях, когда визуализация внематочного гравидарного объекта достигается с помощью трансабдоминального сканирования.

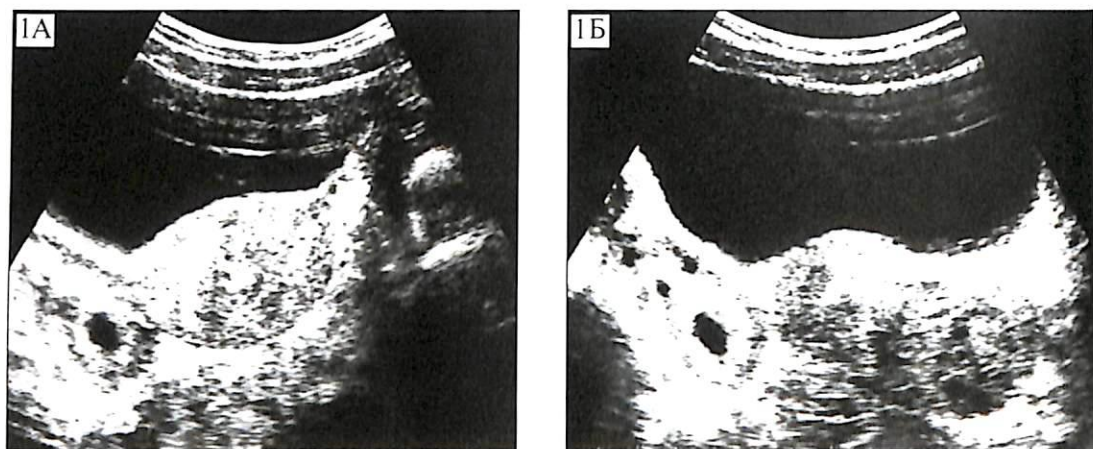
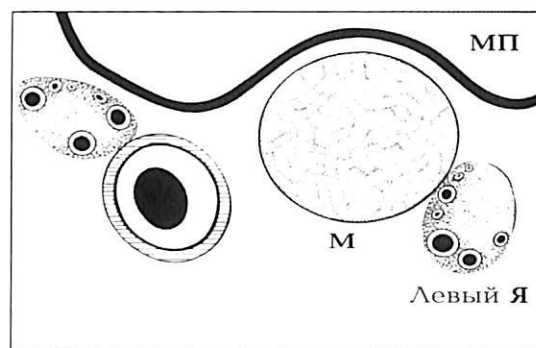


Рис. 31 (1, 2). Два наблюдения прогрессирующей ВМБ в ампуле МТр (1 — в правой трубе, 2 — в левой), распознанные в процессе трансабдоминального УЗИ.

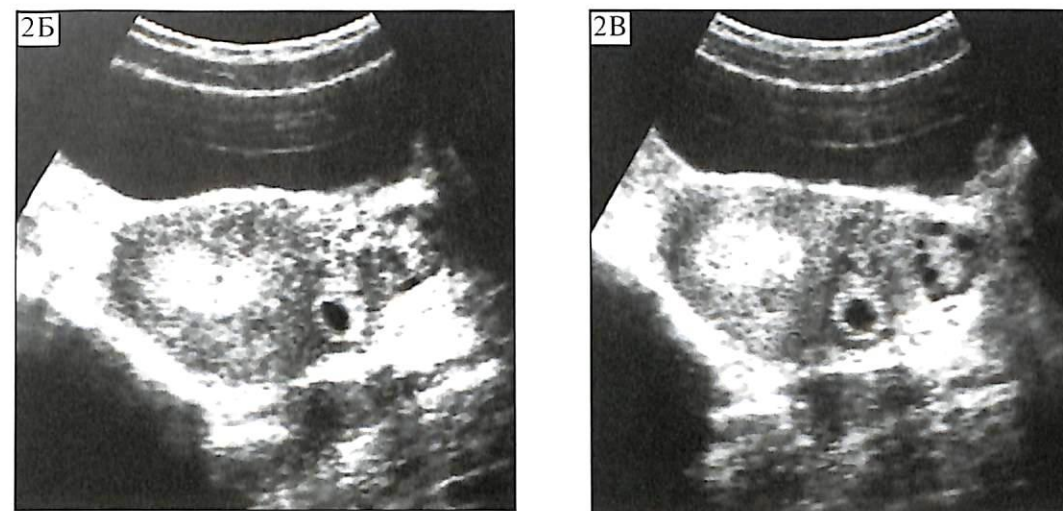
1 (4 НБ): А — поперечно-косой эхосрез правой половины полости м/таза на уровне средней трети тела М; Б — поперечный эхосрез м/таза на границе средней и нижней трети М.

В пространстве между нижним полюсом правого Я и М (вплотную к медиальной поверхности Я и на расстоянии 15 мм от края М) локализуется эктопическое Пл/Я: правильной овальной формы, внутренний размер полости 14 × 7 мм, толщина стенок от 3 до 6–7 мм, содержимое однородное. Общие размеры внематочного эмбрионального объекта 26 × 15 мм. Вокруг него прослеживается узкий ободок пониженной эхоплотности (симптом двухконтурности).



2 (3 НБ). А, Б и В — поперечные эхосрезы полости м/таза: А — правая половина (М и правый Я); Б и В — УЗ-сечения левой параметральной области, показывающие М с резко утолщенным децидуальным Э (без Пл/Я), левый Я и эктопическое Пл/Я между ними.

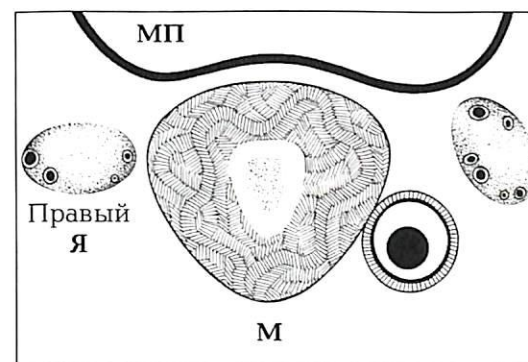
Локализация и эхографические качества Пл/Я в основном такие же, как и на рис. 31, 1. Отличия: 1) внематочный эмбриональный объект расположен на расстоянии 17 мм от медиального края нижнего полюса левого Я и тесно прилегает к боковой поверхности М; размер амниона 8–9 мм в Ø.



В большинстве же случаев успешного УЗ-распознавания прогрессирующей ВМБ это удастся сделать, используя ТВ-датчик, служащий главным инструментом ранней диагностики данной патологии.

При ампулярной имплантации направленный эхографический поиск эктопического Пл/Я несколько облегчается тем, что последнее часто располагается рядом с Я, нередко вплотную прижимая к овариальной поверхности, как правило — к медиальной. Следовательно, достоверная визуализация Я дает довольно надежный анатомический ориентир для последующего прицельного поиска внематочного зародыша. При этом удачная эхолокация достигается смещением ТВ-датчика кзади от середины фронтальной плоскости Я, с одновременными движениями сканирующей «головки» вверх и вниз вдоль края Я. После обнаружения жидкостного О, прилегающего к Я и подозрительного на ВМБ (в полости М Пл/Я нет), врач-УЗИ должен доказать параовариальную локализацию находки. Это удастся сделать, с одной стороны, путем полипозиционного сканирования, в случае ВМБ показывающего изолированное от Я положение патологического объекта, с другой стороны — в результате дозированных селективных тракций Я и жидкостного О датчиком. Смещаемость их относительно друг друга надежно подтверждает параовариальное расположение обнаруженной полости. Эмбриональный же генез ее уточняется при изучении капсулы. Для прогрессирующего эктопического Пл/Я (3, 3–4 и 4 НБ) характерно наличие диффузно утолщенной от 3 до 6 мм оболочки, являющейся суммарным отображением стенки амниона и окружающего его хориона.

Разумеется, все обозначенные действия (манипулирование УЗ-датчиком, структуральный и квалификационный анализ изображения) повторяются до тех пор, пока исследователь окончательно не убедится в достоверности полученных образов.



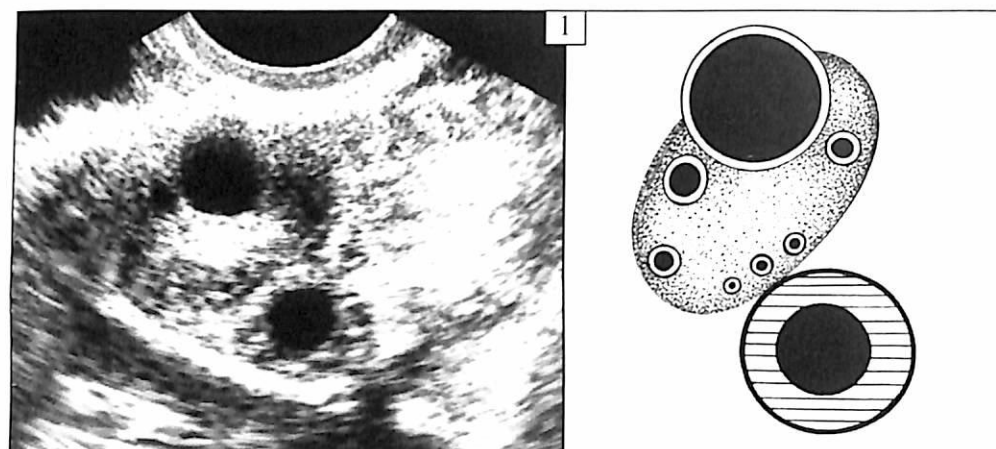
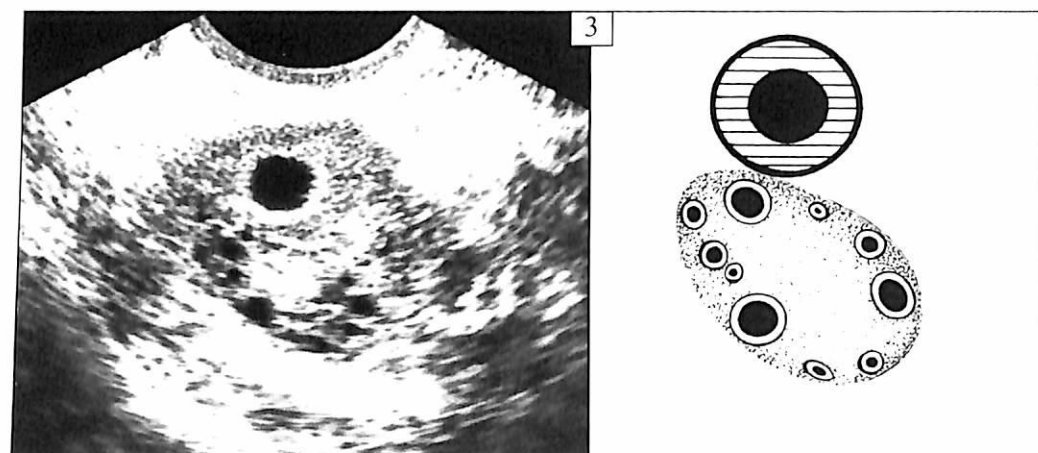
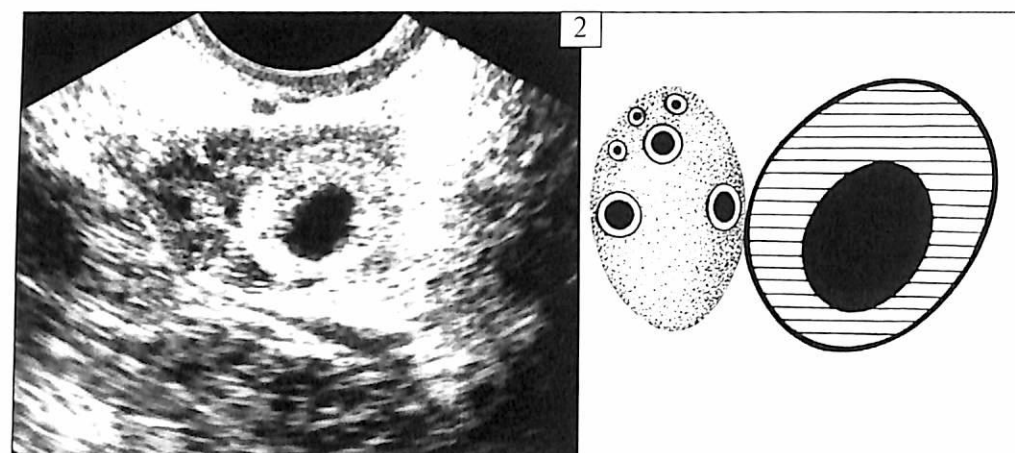


Рис. 32 (1, 2, 3). Три примера (ТВ-УЗИ, разные наблюдения) эхокартины ненарушенной правой трубной беременности, общим для которых является расположение эктопического Пл/Я в непосредственной близости от края Я.

1 (3-4 НБ). Внематочный эмбриональный объект (амнион 10 мм в Ø, толщина стенок 3-4 мм) лоцируется в области нижнего полюса Я, в верхней части которого имеется киста ЖТ.



2 (4 НБ). Эктопическое Пл/Я (внутренние размеры полости 15×10 мм, толщина оболочки до 6 мм) определяется на уровне средней трети Я.

3 (3 НБ). Имплантированный в ампуле МТр зародыш (амнион 7 мм, толщина стенок 3 мм) выявляется около верхнего полюса Я.

У многих больных внематочная гравидарная полость лоцируется на том или ином расстоянии от М и Я, что существенно облегчает уточнение ее параовариального характера, но одновременно значительно затрудняет процесс эхографического поиска.

К., 24 лет. УЗИ перед мини-абортом. Задержка месячных 8 дней, грави-тест ⊕.

Трансабдоминальное сканирование. В полости М определяется утолщенный до 18-19 мм Э децидуального типа. Я не изменены. В М и вне М Пл/Я не найдено. Свободной жидкости нет.

Сделано предположение о невидимой во время обзорного УЗИ маточной беременности (что далеко не редкость в случае небольшой менструальной задержки), визуализация которой требует исследования ТВ-датчиком. Однако при собеседовании с пациенткой выяснилось, что в течение последних 2 дней она отмечает повторяющиеся эпизоды скудных кровянистых выделений темного цвета. Первоначально, до уточнения врачом-УЗИ деталей анамнеза и жалоб, К. об этом умалчивала, так как считала несущественным («все равно делать аборт»).

Дополнительные анамнестические сведения изменили первоначальное представление о состоянии обследуемой. Теперь уже было необходимо рассматривать две версии: 1) осложненное течение маточной имплантации, невидимой при трансабдоминальном УЗИ; 2) ВМБ. Для уточнения предложено продолжить исследование (после опорожнения МП) в ТВ-исполнении.

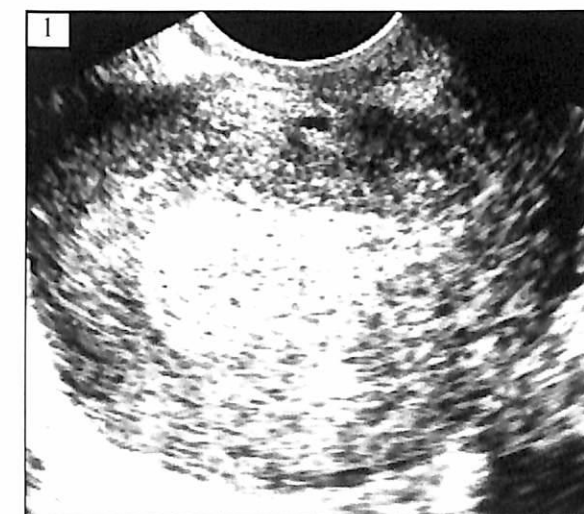
Рис. 33 (1, 2, 3).

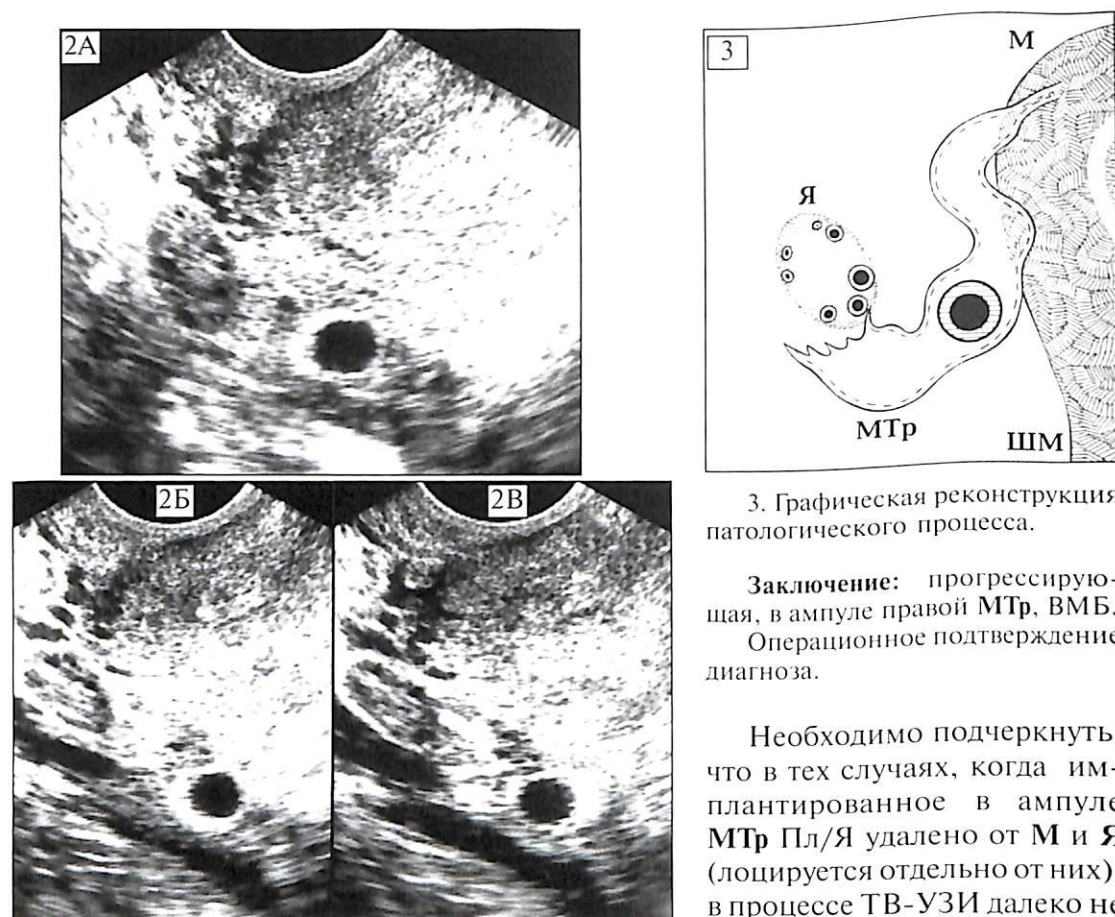
Ампулярная трубная беременность, 3 НБ, фаза ненарушенного развития.

1. М. Содержит децидуальный Э = 19 мм, без Пл/Я и без косвенных признаков маточной имплантации.

2. А, Б, В (см. с. 112) — серия эхосрезов правой параметральной области на уровне нижней трети М.

С большими техническими трудностями — после продолжительного, направленного и полипозиционного эхографического поиска, выполненного с высокой степенью концентрации внимания и с соблюдением принципа повторяемости УЗ-данных — справа от М выявлено эктопическое Пл/Я. Локализация — задняя часть нижней трети правой параметральной области, между задне-боковой поверхностью М и нижним полюсом Я, отдельно от них; а точнее — на 10 мм ниже и кзади от правого края М и на 22 мм ниже и медиальнее (ближе к М) от нижне-медиального края Я. Эхографические качества жидкостного О соответствовали 3-4-недельному Пл/Я.





3. Графическая реконструкция патологического процесса.

Заключение: прогрессирующая, в ампуле правой МТр, ВМБ. Операционное подтверждение диагноза.

Необходимо подчеркнуть, что в тех случаях, когда имплантированное в ампуле МТр Пл/Я удалено от М и Я (лоцируется отдельно от них), в процессе ТВ-УЗИ далеко не всегда удается одновременно,

т.е. на одних и тех же эхосреззах, получить изображение М, Я и Пл/Я, а также — М и Пл/Я или Я и Пл/Я. Чаще всего эктопический эмбриональный объект визуализируется изолированно от указанных анатомических ориентиров.

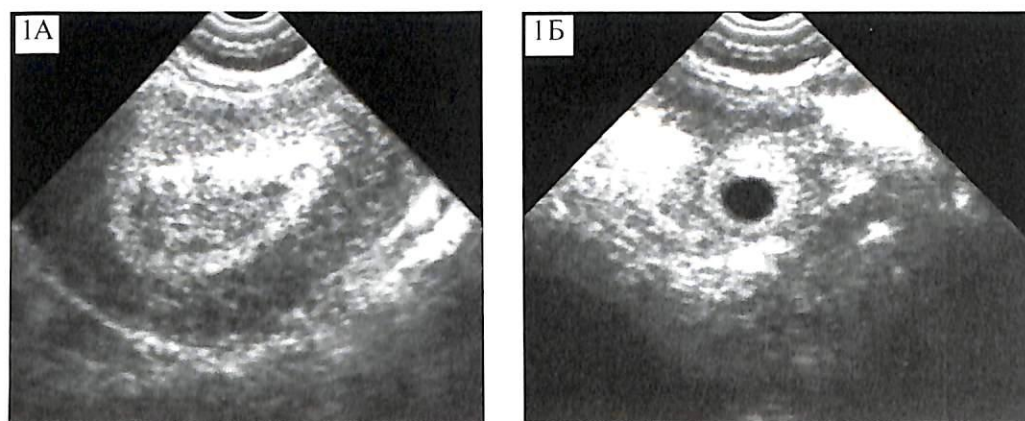
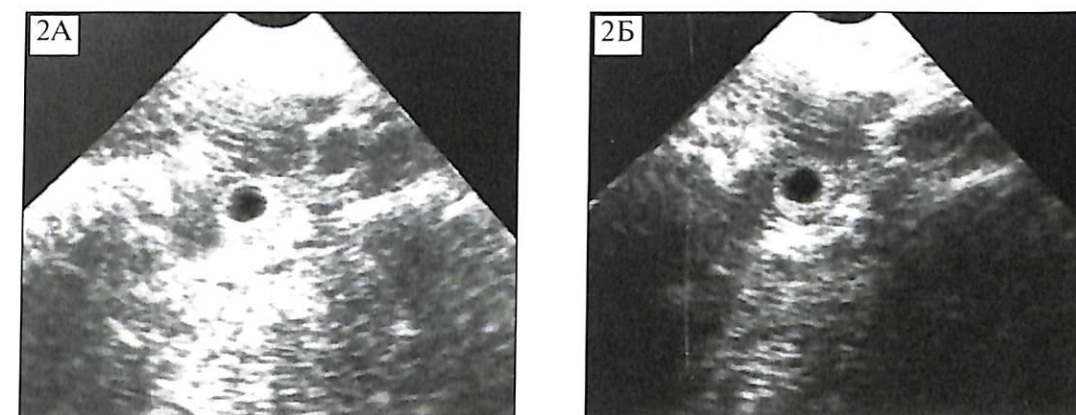


Рис. 34 (1 и 2 — разные больные). Эктопическое Пл/Я при ненарушенной ампулярной имплантации, эхографически определяющееся совершенно отдельно от М и Я.

1 (4 НБ). А. М содержит утолщенный до 17 мм децидуальный Э, Пл/Я в полости М нет. Б. Изолированное УЗ-изображение внематочной эмбриональной камеры, располагающейся между М и Я, но значительно кзади от них.



2 (3 НБ). А и Б — две проекции ТВ-УЗИ, показывающие эктопическое Пл/Я, лоцируемое отдельно от М и Я.

При выраженной задне-медиальной девиации МТр, что наблюдается либо как вариант анатомо-топографической нормы, либо вызвано спаечным процессом, эктопическое Пл/Я может определяться в позадиматочном пространстве. Чаще всего — на уровне перешейка М, несколько вправо-влево от средней линии. Для успешной визуализации наиболее эффективно сканирование в продольной проекции, с небольшими боковыми и косыми смещениями датчика в разные стороны. Менее информативны, но весьма показательны аксиальные эхосрезы.

Ф., 32 лет. Последние месячные «пришли» вовремя, но необычно скудные, и в виде мажущих темных выделений продолжались в течение 11 дней (обычная длительность менструации 4–5 дней). Болей внизу живота нет. В связи с нарушением менструального цикла обратилась к участковому гинекологу.

Гинекологический осмотр — без патологии, но анамнестические данные позволили заподозрить ВМБ. Направлена на УЗИ (по «cito»).

Трансабдоминальное исследование. В полости М: Пл/Я нет, объем и строение содержимого позволяли думать о децидуальной реакции слизистой. В нижнем полюсе правого Я обнаружена тонкостенная киста с однородным содержимым, 23 × 16 мм. О, подозрительных на ВМБ, не выявлено. Свободной жидкости нет.

Пациентке предложено сделать моче-вой тест на ХГ и с его ответом, после опорожнения МП, сразу же явиться на УЗИ ТВ-датчиком. Грави-тест ⊕.

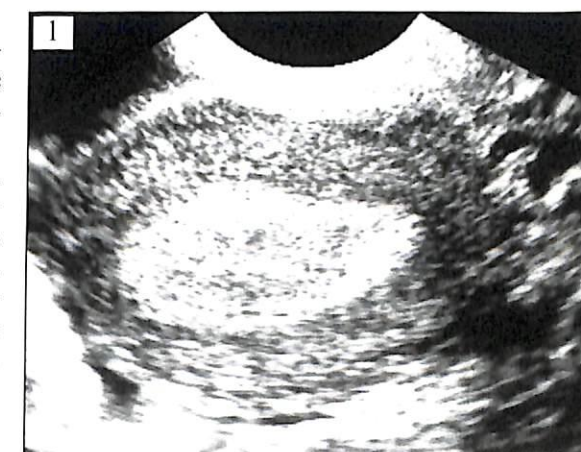
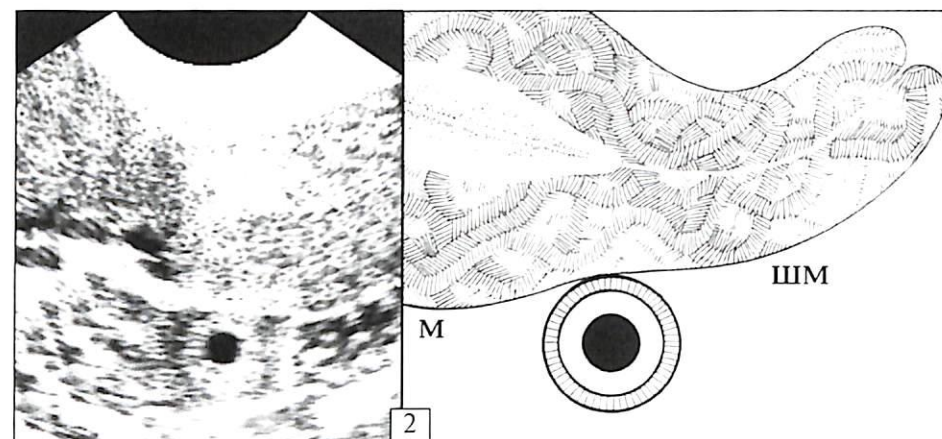


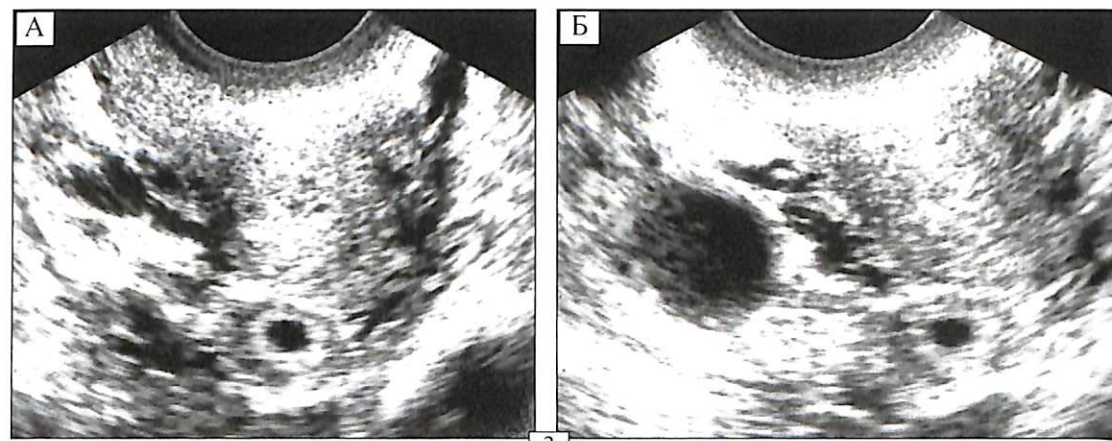
Рис. 35 (1–3). Прогессирующая ВМБ (3 НБ), ампулярная локализация. Эктопическое Пл/Я в позадиматочном пространстве.

1. Полость М: Э = 16 мм, с циркулярной зоной повышенной эхоплотности по периферии, без четких границ; Пл/Я нет.

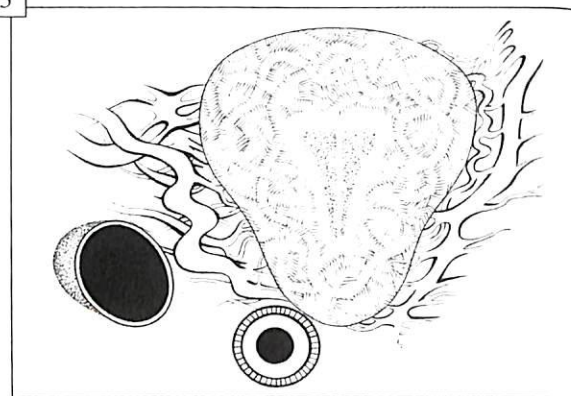


2. Продольный эхосрез позадиматочного пространства, полученный при незначительном смещении ТВ-датчика вправо и одновременном наклоне его кзади.

Позади перешейка М (справа), рядом с ее задним контуром, обнаружено эктопическое Пл/Я, соответствующее 3 НБ: внутренний Ø полости 7 мм, толщина стенок 3–4 мм, по наружной границе — ободок пониженной эхоплотности.



3 (А, Б). Два аксиальных УЗ-сечения, демонстрирующих: М, расширенные параметральные вены с двух сторон, внематочную эмбриональную камеру, расположенную вдоль задне-боковой (правой) поверхности М, на уровне перешейка. На одном из эхосрезов (Б) удалось визуализировать, помимо перечисленных выше объектов, правый Я с кистой ЖТ (структура жидкости местами дисперсная).

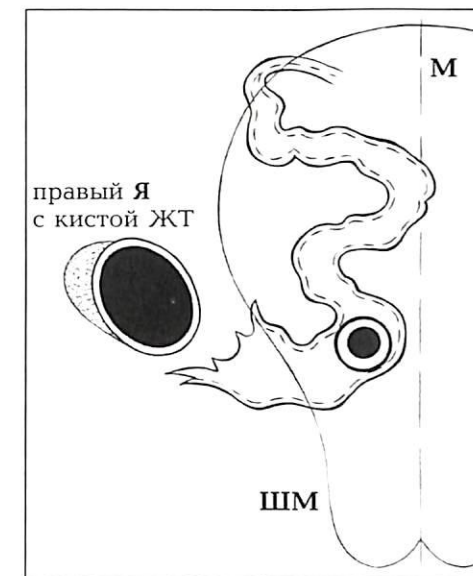


Операция. Правая МТр удлинена, извита, деформирована, подвернута за М и припаяна к ее задней стенке; дистальная часть ампулярного отдела утолщена и уплотнена, цианотична, сосуды инъецированы. Сальпинголизис, тубэктомия, пункция кисты ЖТ.

Наблюдение Ф. помимо особенностей топографии МТр и имплантированного в ней Пл/Я примечательно еще и рядом других аспектов. В частности, данный случай: 1) может служить образцом слаженных, квалифицированных и оперативных действий амбулаторной диагностической службы — с одной стороны, участкового гинеколога, заподозрившего ВМБ в результате грамотной оценки анамнестических сведений (причем пациентка при первичном обращении в ЖК даже не предполагала о произошедшем зачатии), и, с другой стороны, врача-УЗИ, выполнившего на базе уже сформированной диагностической гипотезы направленный и углубленный, и потому — эффективный эхографический поиск внематочного эмбрионального объекта; 2) показывает важность комплексного подхода к проблеме своевременной диагностики эктопической беременности, когда каждый последующий этап диагностического процесса логично вытекает из предыдущего (подозрение на ВМБ → положительный тест на ХГ → УЗ-манифестация трубной имплантации), а верный диагноз устанавливается на основе сочетанного анализа клинических, лабораторных и эхографических данных; 3) является примером довольно типичной эхокартины ненарушенной трубной беременности, объединяющей как общие (для маточной и внематочной nidации) УЗ-симптомы, косвенно свидетельствующие о начальном этапе гравидарного процесса — в полости М избыточно выраженный Э с явлениями децидуальной перестройки, в правом Я киста ЖТ, обогащенное сосудистое русло; так и прямые, специфические черты ВМБ — в М Пл/Я нет, но за ее пределами (на стороне кисты ЖТ) имеется параовариальное жидкостное О, размеры и УЗ-качества которого соответствуют 3-недельному Пл/Я (без признаков прерывания — гематосальпингса нет, свободной жидкости в м/тазу нет).

И еще раз, возвращаясь к вопросу позадиматочной дислокации интратубарного зародыша, полезно напомнить, что целенаправленное изучение позадиматочно-позадишеечного пространства на предмет обнаружения там внематочной эмбриональной камеры (а не только с целью выявления свободной жидкости) является обязательной частью УЗ-сканирования, проводимого в связи с подозрением на ВМБ. Особенно, если в параметрально-параовариальных отделах Пл/Я не видно.

Для прогрессирующей в ампулярном отделе МТр беременности (I фаза, как правило, до 3–4 НБ) характерны более крупные размеры амниона, чем при истмической имплантации тех же сроков, что детерминировано значительно более



широким, чем в перешейке, просветом ампулы. В некоторых наблюдениях внутренний диаметр эмбриональной полости соответствует нормальным (Пл/Я в полости М) значениям. В среднем от 8 до 15 мм в Ø, но у большинства пациенток данный показатель на 10% меньше физиологического.

Болезненность при локальной (и конечно же, строго дозированной) компрессии патологического очага ТВ-датчиком отмечается у 25–32% больных. В большинстве же наблюдений осторожные трансвагинальные тракции эктопического Пл/Я в сроки до 4 НБ протекают безболезненно.

Что же касается частоты УЗ-распознавания прогрессирующей ампулярной имплантации, то можно с уверенностью констатировать — у ряда больных данная гравидарная патология может быть и даже должна быть диагностирована в 3, 3-4 и 4 НБ... при условии работы на современном томографе и двухэтапной методики сканирования, когда результаты обзорной эхолокации дополняются данными ТВ-УЗИ. Но только (!) если эхографист: 1) оценивает эхосимптоматику в комбинации с клиническими (анамнестическими) проявлениями и результатами тестирования на ХГ; 2) имеет определенный опыт работы в сфере акушерства и гинекологии (обычно не менее 3 лет); 3) на практике применяет принцип направленного поиска внематочного зародыша; 4) обладает способностью к пространственному (объемному) восприятию эхокартины с одновременным дифференциально-нозологическим анализом визуальных образов; 5) виртуозно владеет техникой управления ТВ-датчиком.

Разумеется, реализация перечисленных положений наиболее доступна опытному эхологу, имеющему на своем личном диагностическом счету серию успешных и неудачных исследований при ВМБ. А как же быть молодому специалисту или врачу, недавно занимающемуся УЗИ в гинекологии? Ведь существует и довольно широко распространено мнение о том, что приобретенные с годами повседневной деятельности знания и практические навыки не программируются. Верное замечание, но не на 100% — программируются, правда только частично, с помощью углубленных учебных курсов и, кстати, специализированных изданий. Также не стоит забывать, что существует еще один, причем весьма эффективный, заменитель опыта — воображение*. Ну, а если же к этому добавить постоянную (но адекватную) «ВМБ-настороженность», то шансы на успешную и своевременную диагностику трубной беременности существенно возрастают. Кроме того, целесообразно напомнить о таком часто незаслуженно игнорируемом способе подготовки эхографиста к визуализации и идентификации небольших патологических объектов, обнаружение которых затруднено из-за значительного влияния фоновых артефактов, как аутоотренинг.

Для этого во время УЗИ, не имеющего никакого отношения к эктопической имплантации, можно попытаться разобраться в сложной ангиоархитектонике полости м/таза и параллельно изучить просвет и стенки К. Затем, к примеру, предположить, что один из поперечных эхосрезов произвольно выбранного сосуда — эктопическое Пл/Я, а потом доказать обратное. Или представить, что рядом со стенкой К (в проекции МТр) имеется патологическое параовариаль-

ное жидкостное О, экранируемое кишкой, и попробовать визуализировать его. Другой вариант: фиксировать изображение одного из Я и, смещая датчик вправо-влево, вверх-вниз и кзади от него, осуществить поиск гипотетического внематочного зародыша и, попутно, дифференцировать детали строения параовариальных областей. То же самое можно проделать относительно внешних границ М и т.д.

Впрочем, муссировать вопрос о субъективных и объективных факторах эффективности эходиагностики прогрессирующей ВМБ можно очень долго... и не всегда плодотворно. Но, справедливости ради, надо еще раз отметить, что чаще всего это удается тому, кто, независимо от стажа и даже профессиональной интуиции, с упорством и высокой степенью концентрации пытается разобраться в каждой непростой клинической ситуации с помощью доверенных ему диагностических средств.

Эхографическая выявляемость ампулярной трубной локализации Пл/Я в короткий период ненарушенного развития, продолжающийся у 80–83% больных до 3-4 или 4 НБ, на 10–18% выше, чем при истмической имплантации, и по разным причинам колеблется от 18 до 38%. Дело в том, что по сравнению с перешейком МТр расположенное в ампуле Пл/Я находится в более благоприятных условиях для УЗ-визуализации. Во-первых, в задне-нижних отделах параметральных областей несколько меньше степень влияния естественных экранирующих агентов (петли кишечника, обогащенное сосудистое русло), всегда оказывающих неблагоприятное воздействие (перекрывают изображение искомого объекта) на процесс обнаружения ВМБ*. Во-вторых, внематочный зародыш часто лоцируется рядом с боковыми поверхностями М и Я (или между ними), что существенно облегчает эхографический поиск, поскольку Я и М служат основными и надежными анатомическими ориентирами для выявления патологического параметрально-параовариального жидкостного О.

Возвращаясь к вопросу о частоте успешной эходиагностики прогрессирующей трубно-ампулярной беременности, необходимо подчеркнуть, что данный показатель весьма субъективен и непостоянен. Он зависит от личного отношения автора(ов) к проблеме и индивидуальных профессиональных качеств специалистов, на материале которых проводилась статистическая разработка. Его значения дискретны в разные годы (и даже сезоны), в разных государствах, а также в различных медицинских учреждениях и регионах одной и той же страны. Вместе в тем, представляется возможным остановиться на двух положениях: 1) в настоящее время количественные «рамки» эхографической выявляемости ненарушенной ВМБ при ампулярной имплантации составляют в среднем 25% и выше; 2) в специализированных УЗ-кабинетах отмечается тенденция к некоторому улучшению своевременного распознавания трубной беременности, что, с одной стороны, обусловлено неуклонным нарастанием частоты ВМБ, детерминирующим как увеличение общего числа выявленных эктопических имплантаций, так и, соответственно, повышение квалификации постоянно занятых в этой сфере врачей; с другой стороны, отчасти связано с ростом уровня технической оснащен-

* А вот этому уже не учатся. Оно или есть, или нет.

* Независимо от места и уровня nidации и срока беременности.

ности кабинетов-УЗИ и прогрессом в области медицинского приборостроения.

Собственно говоря, все случаи эхографической верификации трубной беременности до 4-5 НБ отражают раннюю диагностику данной патологии. Причем, с учетом неизбежных трудностей диагностического процесса, каждое такое наблюдение, несомненно, показывает профессиональную зрелость эхографа, является примером самого эффективного применения УЗИ в медицинской практике (вообще), потому что факт достоверной УЗ-манифестации ВМБ служит прямым показанием к неотложному оперативному вмешательству.

В единичных случаях, а правильнее сказать — эпизодически, ранняя эходиагностика ампулярной нидации бывает успешной на самых минимальных гестационных сроках (менструальная задержка менее 1 нед.).

Н., 21 год. Последняя «менструация» наступила вовремя, но была необычно скудной и короткой — в виде мажущих кровянистых выделений, которые прекратились через 2 дня от их начала. Способ предохранения — coitus interruptus. Заподозрила зачатие, что было подтверждено положительным мочевым тестом на ХГ. Через 2 дня после прекращения выделений, т.е. при формальной задержке месячных 4 дня, Н. пришла на УЗИ перед планируемым медикаментозным прерыванием нежелательной беременности.

Рис. 36 (1, 2). Пример сверхранней эходиагностики трубной беременности.

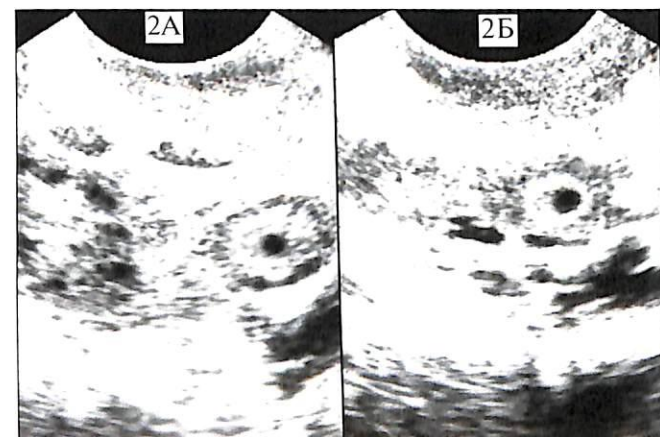


1. Продольный эхосрез М (имеет обычный вид). В полости ее виден утолщенный до 14 мм Э с хорошо выраженным циркулярным краевым слоем и тонкой разделительной линией в центре; без четких границ; Пл/Я нет. Косвенных признаков маточной имплантации нет.

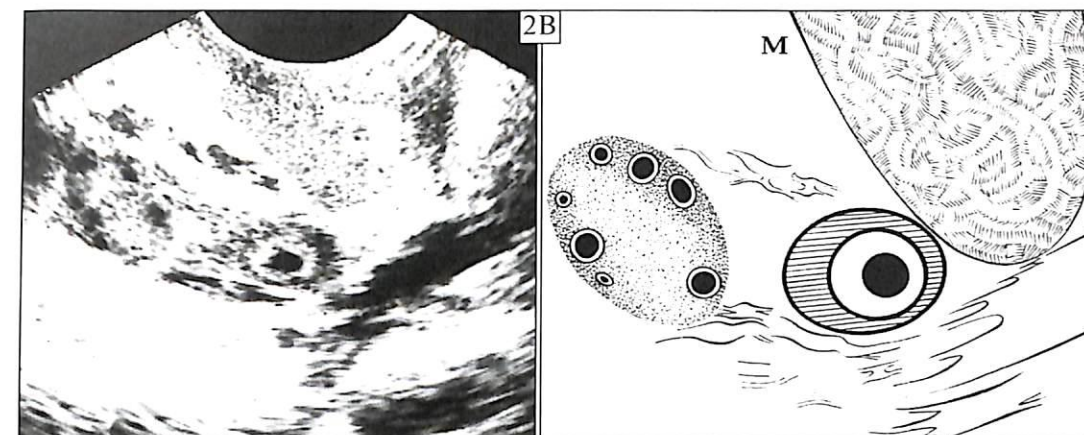
Я не изменены. Гидросальпинкса нет. Свободной жидкости нет.

2. Серия эхограмм (А, Б, В) правой параметральной области.

В процессе направленного поиска за пределами М, на границе ее средней и нижней трети и на уровне нижнего полюса правого Я, выявлено паравариальное жидкостное О. Ло-



кализация — рядом с боковой поверхностью М (на кадре 2В, с. 119, прослеживается полуовальный эхосрез части боковой стенки М) и на расстоянии 14 мм от Я. Диаметр полости 5–6 мм. Первоначально она была принята за поперечный срез одного из параметральных сосудов, но полипозиционное изучение показало замкнутый характер патологической камеры (нет сосудистых притоков) и довольно толстые (по сравнению с расположенными рядом сосудами) стенки (до 4 мм), вокруг которых видна циркулярная зона (2–5 мм) пониженной эхоплотности.



Заключение: эходанные крайне подозрительны на прогрессирующую трубную беременность (не более 3 НБ, ампулярная локализация), справа.

Госпитализация. В тот же день в гинекологическом стационаре выполнено повторное УЗИ: вне М Пл/Я не найдено; в остальном — данные те же. Предложено повторить гравитест и сделать контрольное исследование через 6–7 дней. Дополнительное тестирование мочи (2 раза) неизменно показывало ⊕-результат. Концентрация ХГ в сыворотке крови соответствовала нормальному для начального этапа БРС уровню. Кроме того, через 3 дня после первичного исследования Н. по личной инициативе (и с согласия лечащего врача) прошла УЗИ в хозрасчетном отделении ведущего акушерско-гинекологического учреждения Санкт-Петербурга — данных за ВМБ не получено. Контрольное УЗИ через 1 неделю (в больнице) показало прогрессирующую правостороннюю эктопическую беременность, по поводу которой произведена лапароскопическая операция.



Наблюдение Н. показывает весьма высокую квалификацию эхолога, выполнившего первичное УЗИ и вполне обоснованно заподозрившего ВМБ на сверхраннем сроке (2–3 НБ). Однако данное утверждение ни в коей мере не служит упреком в адрес врачей, не сумевших повторить и подтвердить данную находку в течение 1–3 дней после первого исследования. Не секрет, что выявить Пл/Я при менструальной задержке менее 1 недели далеко не всегда удается даже при маточной беременности, а в случае эктопической нидации это практически всегда находится за пределами возможностей УЗ-метода. Несомненно, единичные наблюдения сверхраннего распознавания трубной беременности следует отнести к казуистике или рассматривать в виде крайне редко встречающейся счастливой случайности. И все же не стоит забывать, что в таком деле, как ранняя эходиагностика эктопической имплантации, диагностическая удача, как правило, улыбается тому, кто, невзирая на трудности и привычные догматы, в любой, на первый взгляд неясной, клинической ситуации методично и настойчиво пытается разрешить ее в процессе данного конкретного исследова-

ния. Относительно же счастливой случайности, то при ВМБ, причем независимо от гравидарного срока, случайные находки эктопического Пл/Я крайне редки. Обычно это удается тому, кто целеустремленно и очень внимательно осуществляет мотивированный и скрупулезный поиск патологического объекта.

Как видно из многих приведенных рисунков, УЗ-визуализации эктопического Пл/Я способствует наличие циркулярной зоны пониженной плотности (до 6 мм) вокруг оболочки внематочной эмбриональной камеры. Указанный краевой ободок муфтообразно подчеркивает контуры жидкостного О и позволяет лучше дифференцировать его стенки на фоне окружающих тканей. Так же как и при истмической имплантации, это вызвано характерным для ВМБ избыточным ретрохориальным кровоизлиянием (но пока еще без отслойки от плодовместилища). Вместе с тем, при локализации зародыша в ампуле МТр данный признак (симптом двухконтурности капсулы внематочной гравидарной полости) встречается чаще (у 50–64% больных) и выражен значительно лучше, так как в случае ампулярной nidации эмбриональный объект со всех сторон окружен рыхлым эндосальпингсом, между множественными ворсинками и складками которого накапливаются микроскопические дозы крови.

У некоторых больных представляется возможным обнаружить прогрессирующую ампулярно-трубную беременность в процессе трансабдоминального УЗИ. Причем нередко в таких наблюдениях с помощью обзорного сканирования это удается сделать более достоверно и наглядно, чем при последующем ТВ-исследовании. Данный феномен наблюдается редко и обусловлен тем, что, как уже упоминалось в предыдущем разделе, у весьма ограниченного числа пациенток именно вертикальный поток эхосигналов, получаемый при использовании трансабдоминального датчика, обеспечивает более детализированную «проработку» лоцируемого объема. Кроме того, при работе с наполненным МП (рис. 37, 1 и 2) улучшенная выявляемость эктопического Пл/Я может достигаться вследствие смещения (от давления МП) МТр с Пл/Я и Я в сторону от экранирующих их петель К.

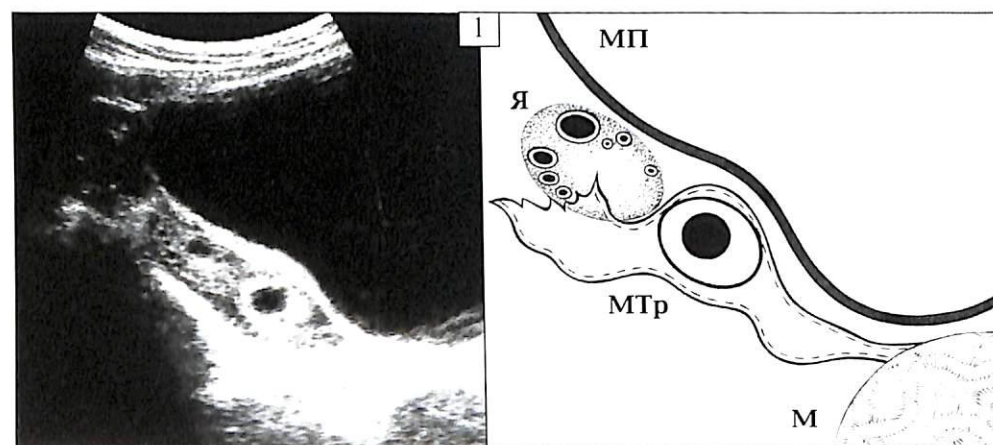
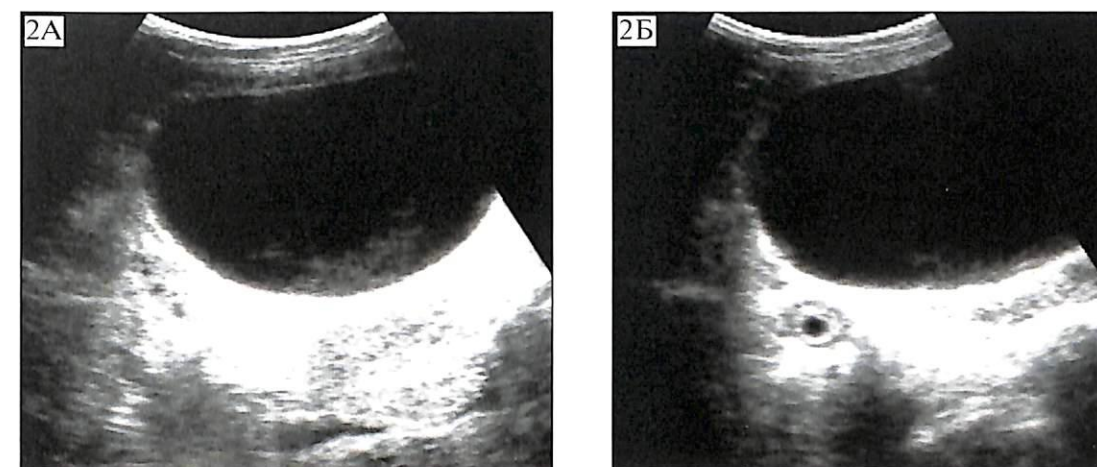


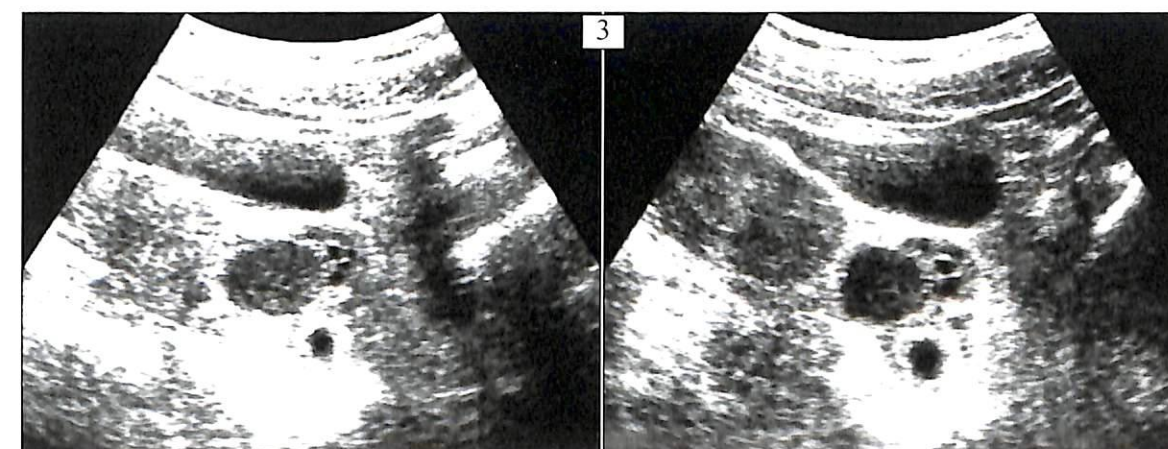
Рис. 37. Три наблюдения успешного выявления эктопического Пл/Я в процессе трансабдоминального УЗИ при прогрессирующей ампулярно-трубной беременности.

1. Одна из проекций прицельного сканирования правого Я, показывающая, что в результате давления туго заполненного МП М опустилась вниз, а Я, соответственно, сместился латерально от нее и вверх. То же самое произошло и с правой МТр, которая оказалась в растянутом («распластанном») состоянии вдоль нижней поверхности МП, что обеспечило хорошую визуализацию содержащейся в ней эмбриональной камеры. А именно — в области нижнего полюса правого Я и в непосредственной близости от нижней стенки МП лоцируется эктопическое Пл/Я: внутренний Ø полости 10 мм, капсула утолщена до 6 мм, общие размеры паравариального мягкотканно-жидкостного О = 23 × 16 мм.



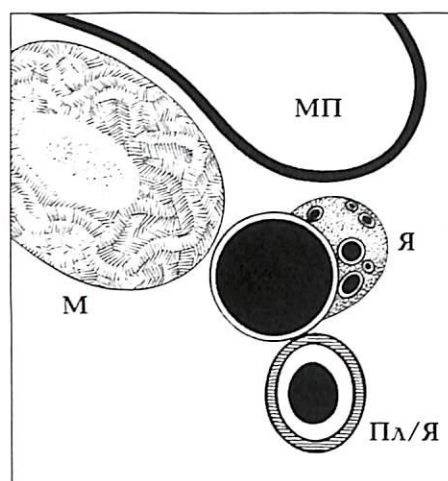
2А. Поперечный эхосрез правой половины полости м/таза на уровне средней трети тела М. На расстоянии 37 мм от края М виден интактный правый Я.

2Б. При смещении трансабдоминального датчика кзади от Я (непосредственно за ним) обнаружено патологическое жидкостное О, располагающееся за пределами овариальных границ — размер полости 9 мм в Ø, толщина стенок 3–4 мм; перифокально прослеживается циркулярный ободок пониженной плотности (до 5 мм), создающий впечатление о двухконтурности оболочки О.



3 (схема к эхограммам на с. 122). Поперечно-косые УЗ-сечения левой параметральной области, полученные при локальной компрессии левого Я в процессе трансабдоминального сканирования с полупустым МП.

В ниже-медиальной части Я имеется киста ЖТ, 22 мм в Ø, содержащая мелкодисперсную жидкость. Ниже Я (под ним), вплотную к ниже-латеральному краю кисты ЖТ, но от-



дельно от нее, выявляется эктопическое Пл/Я примерно таких же УЗ-качеств, как и на предыдущих рисунках (37, 1 и 2).

Специфическая деталь данного исследования: при последующем ТВ-УЗИ отчетливо видимое во время эхолокации параметрально-параовариальное жидкостное О (слева) выявлялось с большими трудностями и весьма неубедительно; и только с помощью контрольного сканирования факт ВМБ был подтвержден окончательно.

Обязательной составляющей эхографического исследования, когда в случае менструальной задержки и(или) других объективных и субъективных признаков совершившегося зачатия попытки визуализации эмбрионального объекта безуспешны, является

назначение повторного УЗИ. Тем более, что при ампулярной трубной имплантации визуализировать эктопическое Пл/Я во время первичного обращения пациентки в сроки 3-4 или 4 НБ примерно в 70–85% (и более) случаев не представляется возможным. Практически все вопросы тактики врача-УЗИ в указанной ситуации уже разобраны в предыдущем разделе, но на двух моментах, свойственных именно ампулярной имплантации, стоит остановиться дополнительно.

В тех случаях, когда субъективные проявления гравидарного процесса позволяют, при положительном мочевом гравитесте, заподозрить трубную беременность (наличие кровянистых выделений, нетипичный характер последней менструации и пр.), а во время первичной эхолокации Пл/Я в М и вне М не видно, может быть весьма информативным тестирование крови на ХГ. Дело в том, что в ряде случаев, даже при ненарушенной ампулярной имплантации, это исследование нередко показывает существенное понижение, по сравнению с маточной беременностью, уровня ХГ*. Такой результат лабораторного исследования, в совокупности с особенностями клинической картины и отрицательными данными УЗИ, дает основание вполне доказательно думать о ВМБ и... сформулировать показания к госпитализации.

Относительно назначения повторного УЗИ, то с позиции эмбриональной кинетики наиболее оптимален интервал в 1 неделю. Вероятные эхографические находки, обычно получаемые на втором этапе динамического УЗ-обследования, могут быть разделены на несколько групп.

- Чаще всего отмечается сочетание нерезко выраженного прогрессирования зародыша (увеличение размеров амниона, нарастание толщины оболочки) и появления начальных признаков прерывания беременности, что улучшает условия для визуализации эктопического Пл/Я.

* В ампуле МТр, служащей наиболее частым местом внематочной имплантации, условия жизнеобеспечения зародыша самые неблагоприятные. Это детерминирует хроническую (с момента имплантации) ишемию хориона и, соответственно, ослабление интенсивности секреции им ХГ.

- За прошедшую между двумя исследованиями неделю существенного роста Пл/Я не происходит, но из-за постоянного избыточного ретрохориального кровоизлияния эмбриональная камера становится видимой на фоне околозародышевой гематомы; или, при невозможности определения собственно зародыша, выявляется неоднородное жидкостное О, обусловленное скоплением крови в просвете МТр.
- В случае ненарушенного развития ампулярно-трубной беременности прослеживается дальнейшее прогрессирование эктопического Пл/Я, что и обеспечивает успешное обнаружение его во время контрольного УЗИ.
- Отрицательный результат — в процессе повторного исследования прямых симптомов внематочной имплантации не выявляется. В этом случае, если присутствует ряд объективных и субъективных признаков беременности (задержка месячных более 2 нед. или нетипичный характер последней менструации, положительный мочевой тест на ХГ, наличие значительно утолщенного Э в М), а при контрольном УЗИ в полости М и за ее пределами параовариального жидкостного О не определяется, то сам по себе данный факт косвенно, но уже довольно убедительно свидетельствует в пользу эхонегативного варианта эктопической беременности. Причем обоснованность такого предположения существенно увеличивается, если в течение указанного промежутка пациентка отмечает появление кровянистых выделений из половых путей или/и болей внизу живота.

Возвращаясь же к собственно эхографическим вопросам, нужно еще раз подчеркнуть, что в приведенной выше ситуации (Пл/Я в М и вне М не выявлено) УЗ-протокол на втором этапе динамического обследования должен быть написан так, чтобы из него был понятен не только настоящий статус полости м/таза и, разумеется, конечный результат исследования, но и смысл, объем и характер всей проделанной работы. Поэтому в описательной и заключительной частях текста должно быть зафиксировано, что: 1) исследование выполнено трансабдоминально, ТВ-датчиком, в динамике (с указанием продолжительности интервала); 2) в полости М и за ее пределами Пл/Я или подозрительного на ВМБ параовариального О не обнаружено; 3) факт отсутствия прямых эхосимптомов беременности не исключает возможности эхонегативного варианта маточной имплантации или ВМБ. Кроме того, необходимо отметить наличие или отсутствие признаков прерывания вероятной эктопической имплантации — гидросальпинкса и свободной жидкости в полости м/таза. А также — сделать рекомендации, направленные на дальнейшее уточнение состояния больной (консультация гинеколога, продолжение УЗ-контроля, тестирование крови на ХГ). Все это совершенно необходимо для оказания максимальной помощи пациентке и клиницистам, которые будут работать с ней после УЗИ. В противном случае протокол исследования нередко превращается в поток информации с высоким процентом иррациональной компоненты.

И еще один аспект. Не секрет, что при эхонегативном варианте трубной беременности некоторые больные и даже коллеги (чаще всего сотрудники гинекологических стационаров) предъявляют претензии к качеству выполненного на

амбулаторном этапе эхографического обследования. Так вот, перечисление в официальном медицинском документе приведенных выше моментов довольно эффективно защищает (морально и даже юридически) врача-УЗИ от таких, как правило, совершенно несправедливых, но, к сожалению, вполне реальных обвинений, иногда «озвучиваемых»... если факт ВМБ остается нераспознанным вплоть до ее прерывания и операции.

Заканчивая же несколько затянувшийся монолог об УЗИ в динамике, можно добавить, что с точки зрения безопасности обследуемой (в плане возможного нарушения трубной беременности в бесконтрольный промежуток) назначение повторного исследования через 1 неделю вполне допустимо, поскольку для ампулярной нидации свойственно подострое и хроническое течение фазы прерывания. Однако все же нельзя забывать, что ампулярно-трубная имплантация — это «бомба замедленного действия», способная в любой непредсказуемый момент вызвать экстратубарное кровотечение (в полость м/таза) разной степени тяжести. Поэтому, если субъективные проявления (например, упоминание о мажущих темных выделениях) уже при первом обращении позволяют думать о ВМБ, а не о пока еще эконегативном варианте маточной беременности, интервал между двумя исследованиями следует сократить до 3 (2–4) дней.

* * *

Примерно у 20% больных с локализацией Пл/Я в ампуле МТр продолжительность фазы прогрессирующей трубной беременности удлинена до 5–6 НБ, а в единичных случаях и более. Как правило, это наблюдается у женщин старшей возрастной группы (свыше 33–35 лет), репродуктивная сфера которых, «закаленная» в обычно неоднократных стрессовых акушерско-гинекологических ситуациях (роды, аборт, воспалительные заболевания и др.), отличается более высоким, чем у молодых пациенток, уровнем анатомо-функциональной резистентности и потому обладает повышенным потенциалом для вынашивания эктопической беременности. Из них не менее 50% отмечают бессимптомное развитие патологического гравидарного процесса, вплоть до острого его прерывания. У остальных ретроспективный анализ истории заболевания показывает наличие либо скудных темных выделений, либо незначительных болей внизу живота, либо сочетания или чередования данных симптомов. Характерно, что у этой группы беременных обычно отмечается позднее обращение на УЗИ, что, кстати, в основном и определяет УЗ-манифестацию прогрессирующей ВМБ в сроки от 4–5 до 6 НБ. Чаше всего это обусловлено тем, что большинство «пожилых» беременных заинтересовано в сохранении наступившей (часто — долгожданной) беременности или, реже, тем, что они рассматривают свое состояние как следствие функционального циклического нарушения*.

* Более глубокие корни поздней обращаемости возрастных беременных в УЗ-кабинет относятся к сфере социальной психологии.

Динамика эхографической картины пролонгированно-прогрессирующей ампулярно-трубной ВМБ (от 14 до 23% больных с имплантацией в ампуле МТр) отражает обычную кинетику развивающейся БРС. В 4–5 НБ в эмбриональной полости появляется кольцевидное изображение желточного мешка, а после 5 НБ — пульсирующий эмбрион. Параллельно нарастает толщина оболочек Пл/Я с формированием участка избыточного утолщения в области ворсинчатого хориона. Вместе с тем, эктопическая нидация накладывает характерный «отпечаток» на УЗ-изображения гравидарного объекта. Главное отличие прогрессирующей в ампулярном отделе трубы Пл/Я от нормальной БРС, и даже от ненарушенной истмической ВМБ, заключается в весьма небольших размерах амниона. После 4–5 НБ величина его (внутренний $\varnothing$ Пл/Я) на 25–40% меньше физиологических показателей и обычно составляет 10–16 мм. Причем степень отставания размеров амниотической полости возрастает по мере увеличения срока беременности.

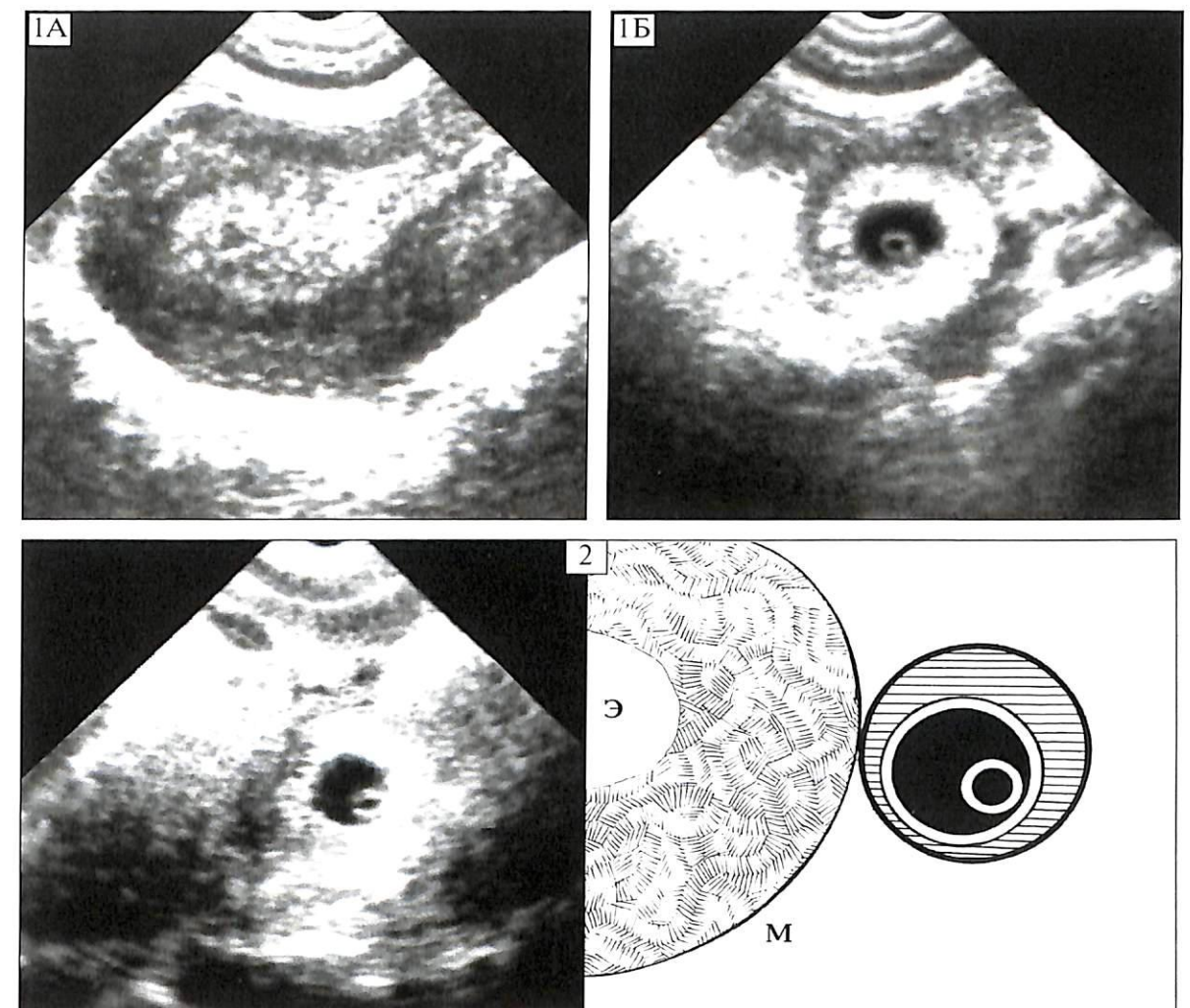


Рис. 38 (1, 2). 4–5 НБ. Прогрессирующая ампулярная трубная беременность (подписи к рис. 38.1 и 38.2 на с. 126).

1 А. М, содержащая утолщенный до 13 мм децидуальный Э, без Пл/Я.

1 Б. Изолированная эхограмма эктопического Пл/Я (лоцируется отдельно от М и Я), располагающегося на уровне нижней трети тела М, справа: амнион = 10 мм в Ø, толщина плодных оболочек от 4 до 6 мм; в просвете амниона, ближе к задней стенке полости, — желточный мешок. Вдоль латеральной и верхней стенок объекта прослеживается зона пониженной плотности (симптом двухконтурности капсулы).

2 (другая больная). Слева, на уровне средней трети тела М, рядом с ней, имеется параметрально-параовариальное (левый Я на данном эхосрезе не виден) жидкостное О, эхосемиотика которого примерно такая же, как и в предыдущем наблюдении.

— . —

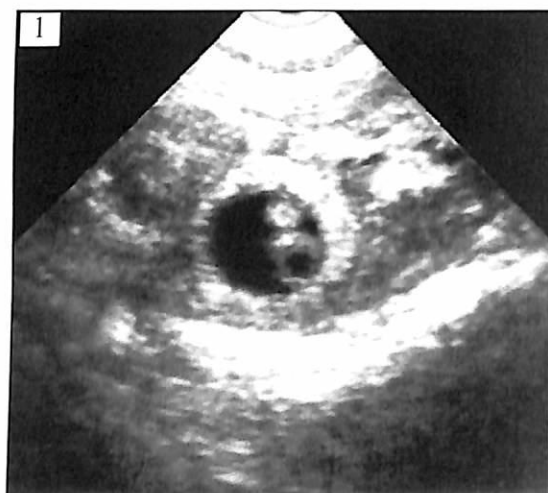
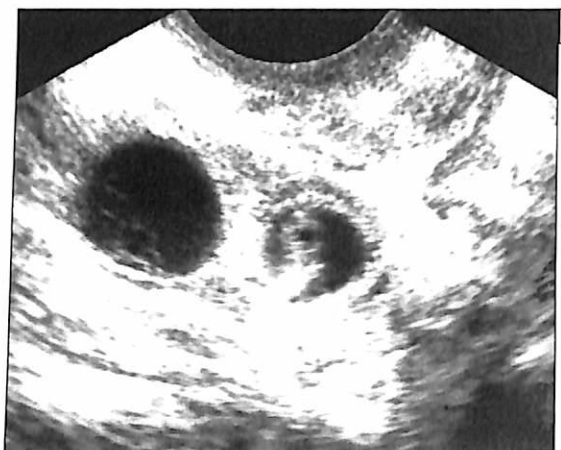


Рис. 39. 5 НБ. 1 и 2 — разные наблюдения ненарушенно развивающейся в ампуле МТр ВМБ.

1. Изолированная эхограмма эктопического Пл/Я, которое лоцируется отдельно от УЗ-изображений М и Я.

Размер амниона 14–15 мм в Ø. В просвете его, около правой боковой стенки, определяются поперечные сечения: 1) пульсирующего эмбриона (округлое эхопозитивное О, 2–3 мм в Ø; 2) а под ним — желточного мешка. На уровне эмбриона имеется локальное утолщение капсулы до 5–6 мм (ворсинчатый хорион), в остальных отделах толщина оболочки не более 3 мм.



2. Различные проекции нижней части правой параметральной области.

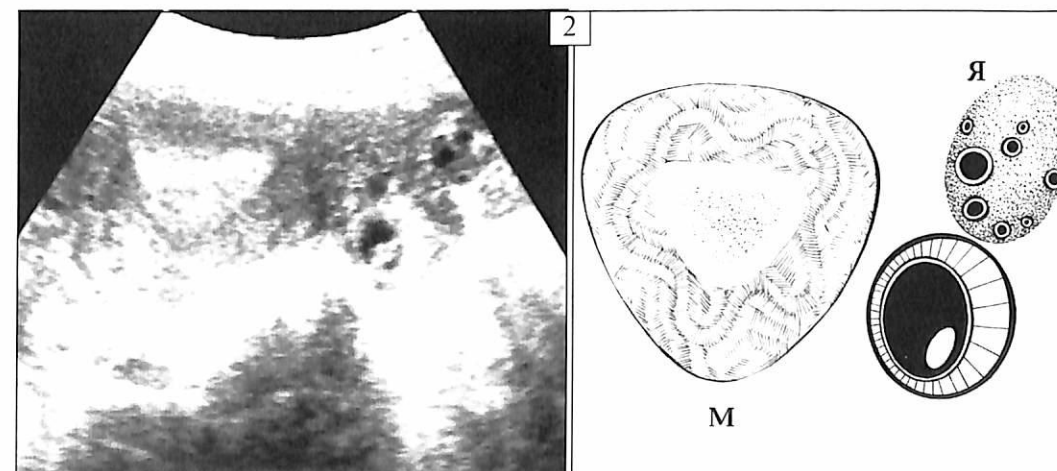
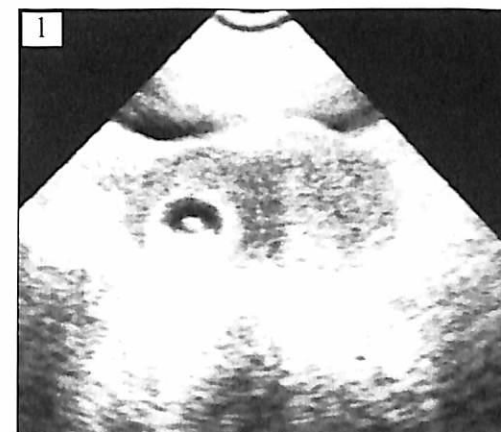
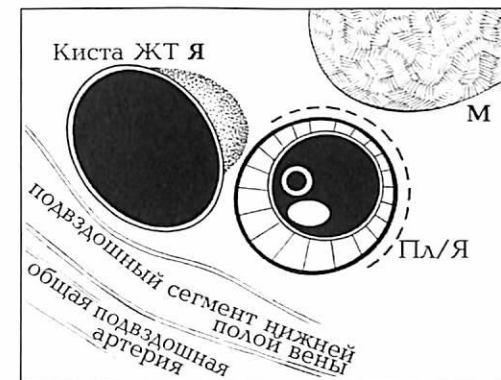
Между правым Я, в латеральной части которого видна киста ЖТ — 28 × 20 мм, и М имеется внематочный эмбриональный объект. Внутренний Ø полости 15 мм. В просвете — пульсирующий эмбрион (5 × 3 мм) и над ним (левая эхограмма) — желточный мешок. По наружной поверхности медиальной полусферы Пл/Я прослеживается симптом двухконтурности оболочки. В латерально-нижней части отмечается хориальное утолщение (6 мм) капсулы. Дополнительная деталь: в один из эхосрезов (правый), помимо Я с кистой ЖТ и Пл/Я, «попали» магистральные сосуды полости м/таза (см. схему на с. 127).

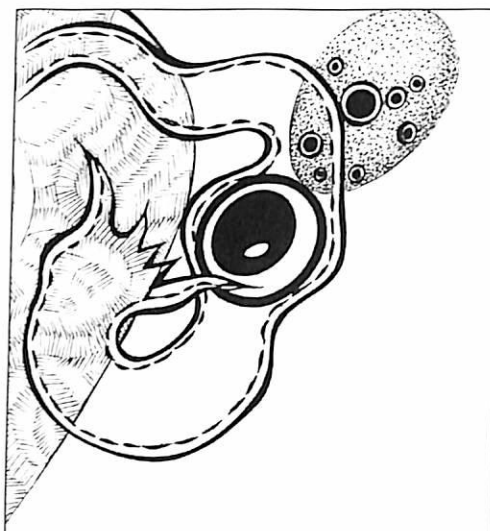
На рис. 40 приведены результаты трансабдоминального УЗИ при прогрессировании имплантированного в ампуле МТр зародыша свыше 4 НБ. Показательно, что наиболее достоверные данные получаются, когда обзорная эхолокация осуществляется при полупустом (рис. 40, 1) и даже пустом (рис. 40, 2) МП. Это позволяет проводить с помощью секторного и конвексного датчика (3,5 МГц) локальную компрессию параметральных областей и, таким образом, одновременно выполнять селективное изучение анатомических структур и направленный поиск патологических О. Указанный прием, в случае не очень сильной «загазованности» кишечника, увеличивает разрешающую способность методики и, нередко, обеспечивает хорошую выявляемость эмбрионального объекта, невидимого в процессе сканирования с полным МП. Наиболее информативны поперечные, поперечно-косые и аксиальные УЗ-проекции.

Рис. 40 (1,2). Два примера эффективной диагностики прогрессирующей ВМБ (ампулярная локализация, 5 НБ) с помощью трансабдоминального УЗИ.

1. Поперечный эхосрез правой параметральной области на уровне перешейка М.

Около правого края М выявляется патологическое мягкотканно-жидкостное О, не связанное с правым Я (который лоцировался значительно выше и кпереди) — внематочный гравидарный объект, 32 мм в Ø: амнион 16–17 мм в Ø; в просвете его отчетливо виден эмбрион, 5 × 3 мм, пульсирующий; оболочка (3–5 мм), с избыточным утолщением до 7–8 мм в нижнем полюсе (ворсинчатый хорион).





2. Аксиальная проекция **М** и левой половины м/таза.

В полости **М** виден утолщенный до 20 мм **Э** без **Пл/Я**. На уровне левого угла **М** определяется интактный левый **Я**. Между нижним полюсом левого **Я** и **М** определяется эктопическое **Пл/Я** с пульсирующим эмбрионом.

Представленные на рис. 39 и 40 эхограммы отражают «классическую», фактически — патогномоничную картину **ВМБ** (5 НБ); когда, причем независимо от уровня трубной nidации, вне **М** и отдельно от **Я** лоцируется типичная эмбриональная камера, содержащая пульсирующий эмбрион. Однако в повседневной клинической работе подобные УЗ-находки встречаются

не более чем в 10–12% от всех случаев трубной беременности, поскольку чаще всего эктопический гравидарный процесс начинает прерываться в сроки 3–4, 4–5 НБ.

По мере дальнейшего ненарушенного развития зародыша в ампуле **МТр**, как правило, отмечаются следующие элементы динамики УЗ-картины. Амнион (внутренняя камера **Пл/Я**) обычно не увеличивается или, наоборот, уменьшается. То есть имеет место существенное отставание (на 50% и более) объема эмбриональной полости от ожидаемых, по аналогии с маточной беременностью того же срока (5–6, 6 НБ), размеров. Значительно нарастает толщина оболочки, достигающая в области ворсинчатого хориона (асимметрично) 8–11 мм. И, конечно же, развивается эмбрион (пульсирует), величина которого обычно соответствует физиологическим показателям, 5–7 × 3–4 мм. При этом, вследствие адекватного прогрессирования эмбриона и выраженного отставания прироста амниона, в большинстве случаев эмбрион занимает не менее 50% объема полости **Пл/Я**. В результате, с учетом одновременного увеличения массы хориона, эхографически в 5–6 и 6 НБ обнаруживается уже не жидкостное, а мягкотканно-жидкостное параметрально-параовариальное **О**, в котором превалирует мягкотканый компонент (капсула и эмбрион с желточным мешком). Одновременно с развитием **Пл/Я**, в случае ненарушенного роста **ВМБ**, наблюдается постепенное увеличение толщины децидуального **Э**, достигающего, если нет выраженного кровотечения или(и) длительных мажущих кровянистых выделений, 22–30 мм*.

* Развивается эхокартина гравидарной, секреторно-децидуальной гиперплазии слизистой полости **М**, вызванной длительной и постоянной стимуляцией **Э** прогестероном, продуцируемым функционирующим ЖТ-беременности. В данной ситуации удовлетворительная секреторная активность ЖТ поддерживается ненарушенным развитием эктопического хориона (мочевые гравитесты неизменно положительны), вырабатывающего незначительно пониженные, но перманентные уровни ХГ (содержание его в сыворотке крови обычно соответствует нижней границе нормы).

Почти все наблюдения пролонгированного ненарушенного развития **ВМБ** свыше 5 НБ характеризуются относительно бессимптомным течением, что и определяет (отчасти) позднюю обращаемость женщин на УЗИ. В других случаях УЗ-манифестация трубной беременности в указанные сроки (5–6 НБ и больше) осуществляется только на втором этапе динамического исследования, когда при первичном посещении УЗ-кабинета эхопризнаков эктопической имплантации не определяется.

Первоначальное исследование выполнено при менструальной задержке 16 дней (мочевой тест на ХГ ⊕) — в **М** и за ее пределами **Пл/Я** не выявлено. С учетом отсутствия жалоб (болей внизу живота и кровянистых выделений нет) и каких-либо тревожных УЗ-симптомов (**Я** не изменены, гидросальпингса нет, свободной жидкости в полости м/таза нет) решено повторить УЗИ через неделю.

Рис. 41 (1, 2). Пролонгированная свыше 5 НБ прогрессирующая ампулярно-трубная беременность — 6 НБ.

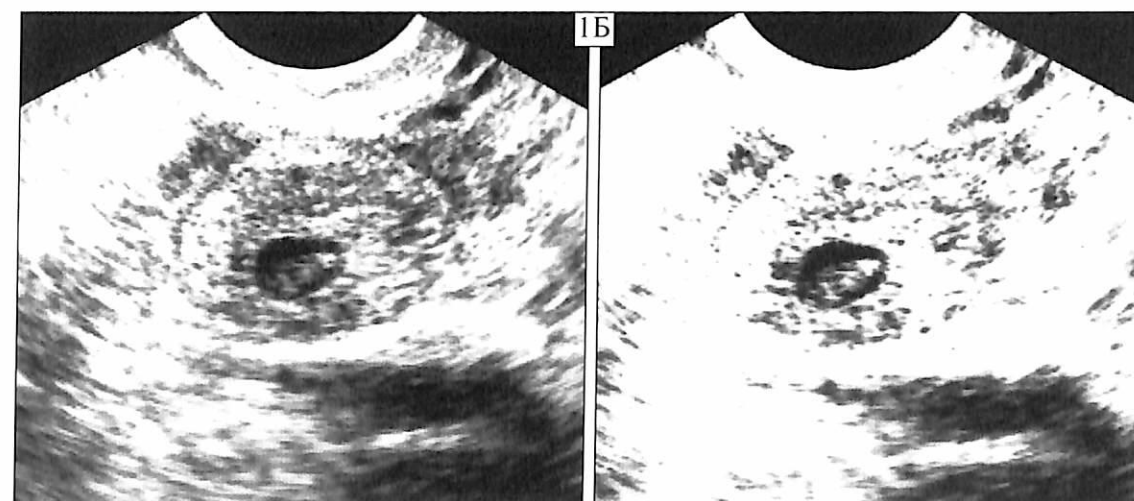
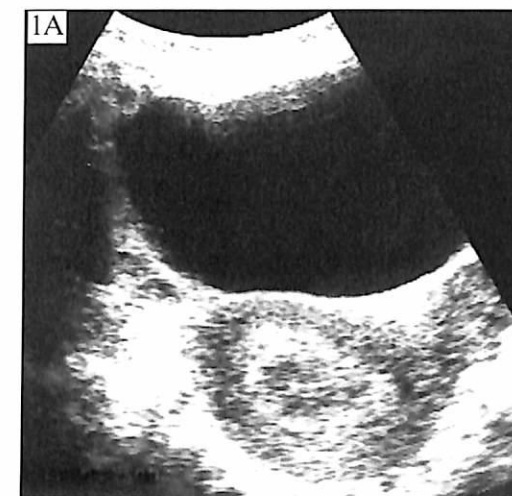
Два разных наблюдения, показывающих адекватное сроку гестации развитие эмбриона и ворсинчатого хориона и одновременно с этим крайне небольшие размеры амниона, объем которого в 2–3 раза меньше, чем при физиологической беременности той же продолжительности.

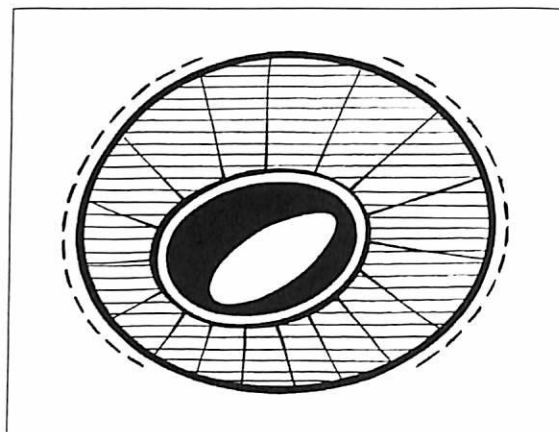
1А. Трансабдоминальное исследование. Продольное УЗ-сечение **М**.

Так же как и при первом УЗИ, в полости **М** **Пл/Я** нет. **Э**: 23 мм, без четких границ; в периферических его отделах виден утолщенный до 7 мм компактный слой, а в центре прослеживается ткань пониженной плотности, разделенная узкой линией, — децидуальная слизистая **Э**.

Слева от **М** неотчетливо лоцировалось патологическое параметрально-параовариальное **О**, подозрительное на **ВМБ**.

1Б. ТВ-УЗИ. Две прицельные эхограммы эктопического **Пл/Я**, сделанные в разных режимах сканирования (схема на с. 130).





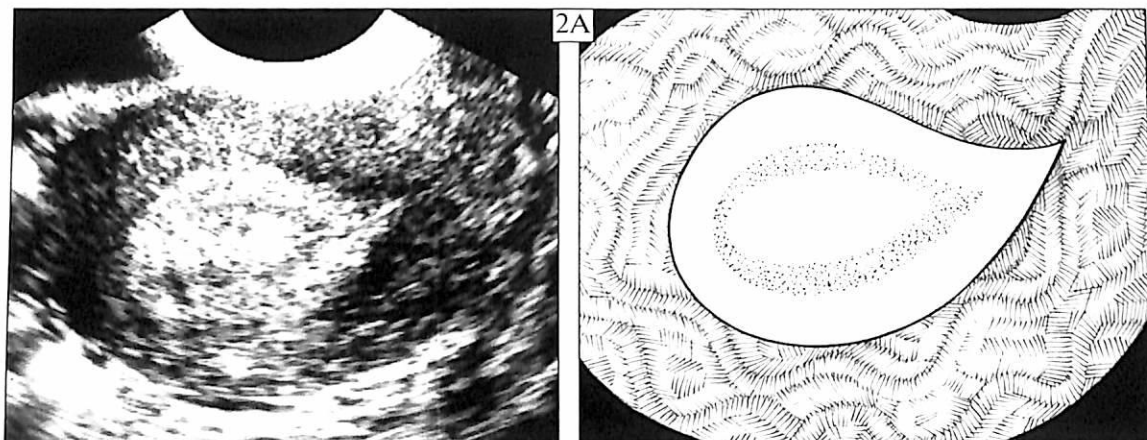
В левой параметральной области, на уровне нижней трети тела **М** и на расстоянии 38 мм ниже и кзади от левого **Я**, обнаружено мягкотканно-жидкостное **О**, 30×22 мм. В центре его имеется овальная полость (амнион, 14×8 мм), на 50% занятая внутренним эхопозитивным включением, 7×3 мм, с отчетливо регистрируемой пульсацией (живой эмбрион). Толщина оболочки гравидарного объекта варьирует от 5 мм в нижней части до 10–11 мм в верхнем полюсе и в боковых отделах (ворсинчатый хорион). Вдоль внешнего края местами прослеживается узкий ободок низкой эхоплотности (симптом двухконтурности).

Заключение: прогрессирующая трубная беременность (ампулярная локализация), слева, 6 НБ.

— . —

Первичное УЗИ 38-летней женщины, заинтересованной в сохранении беременности (задержка месячных чуть более месяца, тесты на ХГ $\oplus$, жалоб нет).

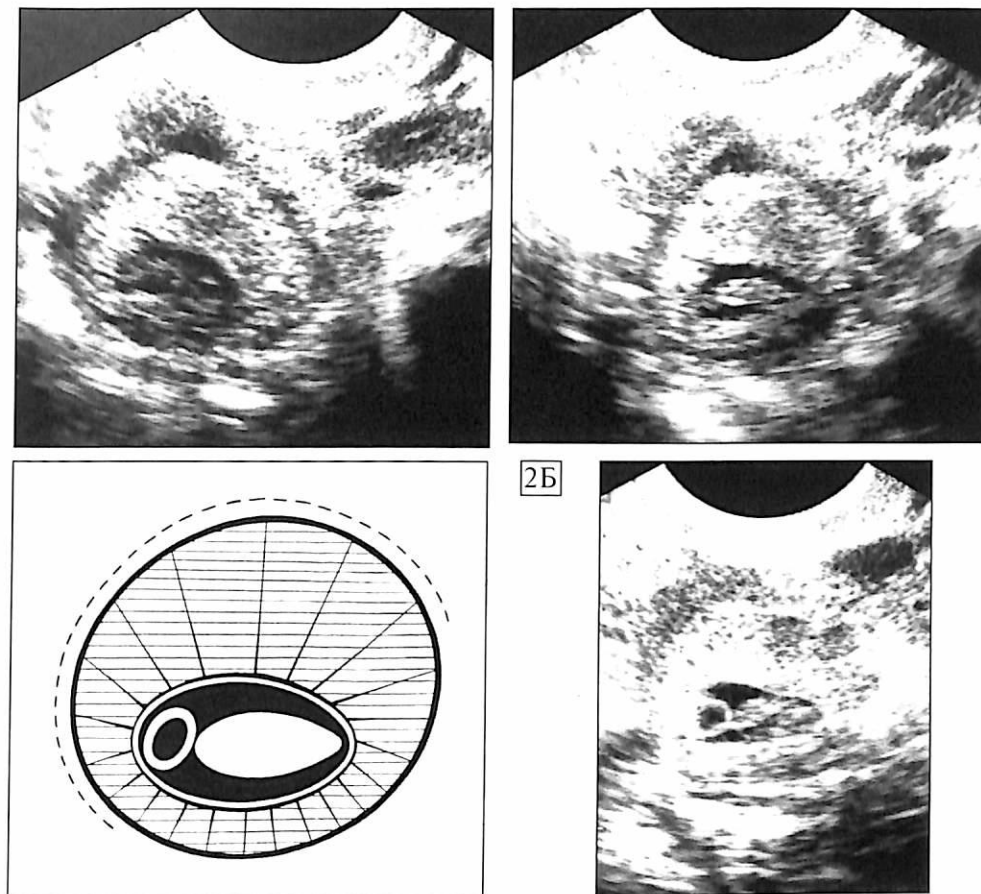
В процессе обзорной эхолокации в **М** Пл/Я не обнаружено. Отмечен избыточно выраженный **Э**, а в нижней части правой параметральной области — четко очерченное мягкотканное **О** неоднородной структуры, лоцируемое отдельно от **М** и правого **Я**. Для уточнения его оптико-акустических характеристик и генеза сделано ТВ-УЗИ.



2А. **М** несколько больше нормы, миометрий не изменен. В полости — децидуальный **Э** = 24 мм; с хорошо выраженным краевым компактным слоем (5–6 мм) и утолщением центральной разделительной линии до 7 мм, между которыми виден более узкий (3–4 мм) промежуток губчатой ткани.

2Б. Разные ракурсы изолированного (от **М** и **Я**) УЗ-изображения внематочного гравидарного объекта (7 НБ), в строении которого преобладает мягкотканый компонент — оболочка и внутренние эмбриональные структуры.

Общие размеры 33×28 мм. Капсула резко утолщена в области верхнего полюса (12 мм, ворсинчатый хорион), а в остальных отделах не превышает 4–5 мм. Амнион расположен



эксцентрично (в нижней части), 17×8 мм; просвет его на 75–80% занят пульсирующим эмбрионом (9×4 мм) и желточным мешком.

Частота эхографических манифестаций прогрессирующей в ампуле **МТр** беременности возрастает с увеличением срока гестации. Примерно так же, как и при истмической имплантации. После 4-5, 5 НБ УЗ-выявляемость ненарушенной ампулярной нидации достигает 75% (иногда до 85–87%), но никогда не бывает абсолютной.

В единичных случаях ампулярно-трубная беременность может ненарушенно развиваться свыше 7 НБ, что наблюдается преимущественно у женщин старшей возрастной группы.

З., 42 года. Обратилась на УЗИ в связи с нежелательной беременностью. В анамнезе: роды, выкидыш, 4 аборта, неоднократно воспалительные заболевания придатков **М**.

Как выяснилось при ретроспективном анализе, общая задержка месячных составляет около 2 месяцев. Причем, после бессимптомно протекающего в течение 20 дней периода аменореи (расцененного пациенткой как начало климакса) появились кровянистые выделения, которые были приняты за необычно короткую и скудную, «задержавшуюся» менструацию. Затем, вплоть до последнего, предшествующего посе-

шению УЗ-кабинета дня, жалоб не отмечалось, но 3. почувствовала субъективные признаки беременности (подтвержденной ⊕ грави-тестом) и записалась на УЗИ. Накануне исследования, вечером, развились умеренные боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку и подреберье. Ночью боли то затихали, то возобновлялись. Перед началом эхолокации обращали на себя внимание выраженная бледность кожных покровов и общее плохое самочувствие больной.

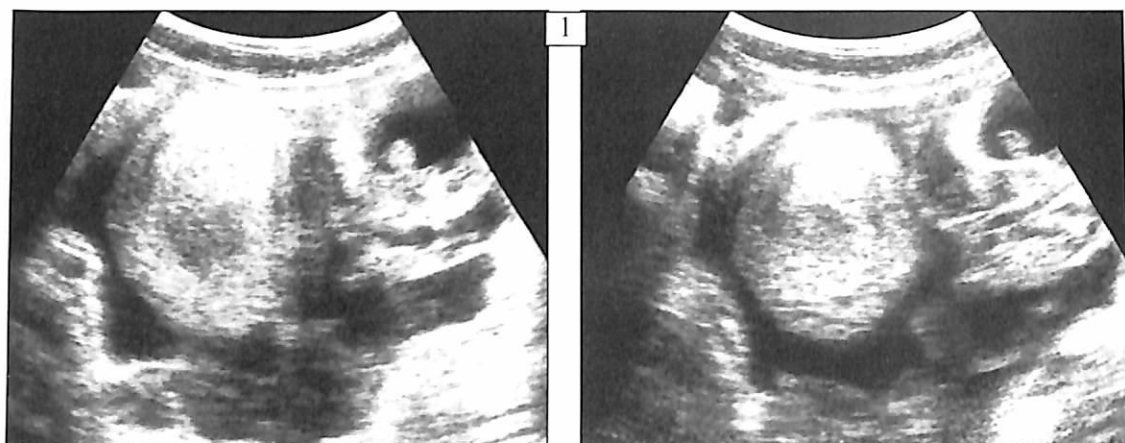


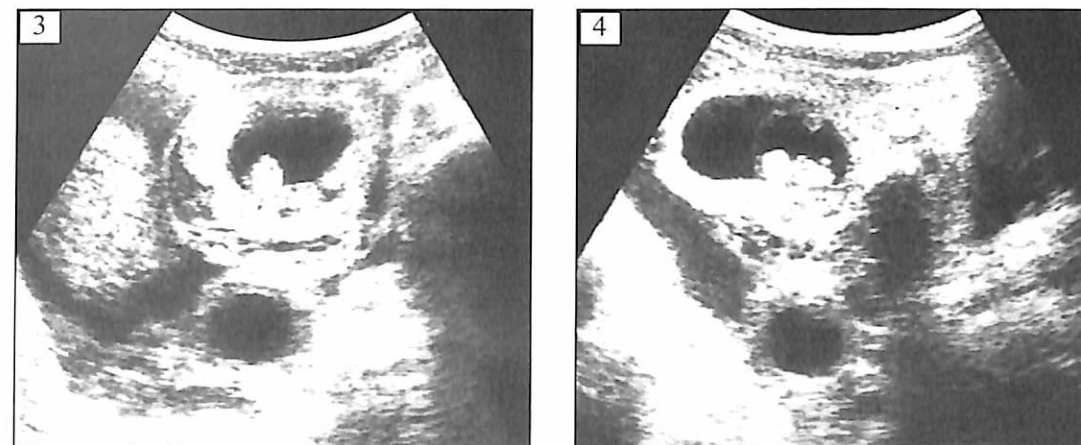
Рис. 42 (1–4). Прогрессирующая (в том числе и в момент выполнения УЗИ) до 9 НБ ампулярно-трубная беременность с явлениями острого нарушения — массивным кровотечением в полость м/таза (общирный гемопельвиоперитонеум).

Эхограммы 1–4 показывают фрагменты трансабдоминального сканирования: 1 — поперечные эхосрезы полости м/таза; 2 — продольное УЗ-сечение на уровне М; 3 и 4 — левая параметральная область (гравидарный эктопический объект с пульсирующим эмбрионом = 9 НБ и левый Я с кистой ЖТ).



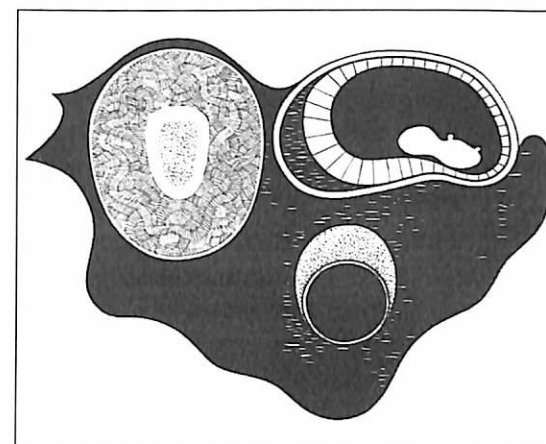
Во всех отделах полости м/таза определяется значительное количество свободной жидкости (преимущественно в задних отделах и левой половине), со взвешенными в ней эхопозитивными элементами (кровь со сгустками) — эхокартина массивного, «свежего» кровоизлияния. На этом фоне видна увеличенная до 6 НБ М (симптом «плавающей М»), в которой имеется утолщенный до 28–30 мм децидуальный Э, без Пл/Я. Слева от М лоцируется эктопическая эмбриональная полость, с трех сторон окруженная излившейся из МТр кровью: 1) 50 × 30 мм; 2) внутри, вдоль задней стенки, располагается эмбрион (эхограмма №4), 22 × 9 мм, уже дифференцированный на головной «конец» и туловище (видны зачатки конечностей), с отчетливо регистрируе-

мым сердцебиением — 9 НБ; 3) плацента (9 мм) расположена по задней и медиальной стенкам эмбрионального объекта; на эхограмме №3 выявляется ретроплацентарная гематома (медиально), частично отслаивающаяся плаценту от истонченной стенки МТр. В нижней части левой половины м/таза, в проекции нижнего полюса беременной трубы, определяется левый Я с кистой ЖТ, 20 мм в Ø.



По окончании исследования, за время, прошедшее до прибытия машины «скорой помощи», 3. почувствовала ухудшение и в полубморочном состоянии (геморрагический шок) доставлена в гинекологический стационар.

Экстренная лапаротомия: после эвакуации примерно 2 л крови, слева обнаружена кровоточащая (из фимбриального отверстия) МТр — неравномерно утолщенная до 6–7 см, синюшно-багрового оттенка, с истонченными, но неперфорированными стенками, через которые «просвечивали» пульсирующий эмбрион и ретроплацентарная гематома.



По существу, приведенное выше наблюдение показывает нарушенную, но одновременно с этим активно прогрессирующую трубную беременность (9 НБ). Оно является впечатляющим примером поразительной жизнеспособности эктопического эмбрионального объекта (характерной только для «пожилых» беременных), продолжающего свою жизнедеятельность даже в условиях массивного кровотечения в полость м/таза.

Еще один случай длительного прогрессирования ампулярно-трубной имплантации (до 10–11 НБ), причем без каких-либо клинических и эхографических признаков прерывания, представлен ниже. Впрочем, стоит напомнить, что наблюдения подобного рода встречаются крайне редко и вполне справедливо относятся к области казуистики.

И., 39 лет. История заболевания представляет собой довольно трагическое «повествование о несбывшихся мечтах и надеждах». 12-летний период жизни женщины был посвящен более или менее постоянной борьбе с первичным бесплодием. За это время она обследовалась и лечилась во многих акушерско-гинекологических центрах Санкт-Петербурга (неизменно отказываясь от предложений выполнить лапароскопию или ЭКО). Диагностировано эндокринное бесплодие, а при ГСГ (3 года тому назад) обнаружена «высокая окклюзия» левой МТр (скорее всего — врожденная), но

правая труба была неизменной. И вот, около 2,5 месяцев тому назад наступила долгожданная беременность — задержка месячных, серия положительных гравитестов, субъективные гравидарные ощущения. Характерные детали: в течение указанного промежутка к гинекологу не обращалась, поскольку опасалась — «А вдруг что-то не так»; избегала выполнения УЗИ, так как боялась, что эта методика нанесет вред ее беременности. Пришла в ЖК для «постановки на учет», перед чем ей было предложено пройти УЗИ. Жалоб (болей, кровянистых выделений) нет.

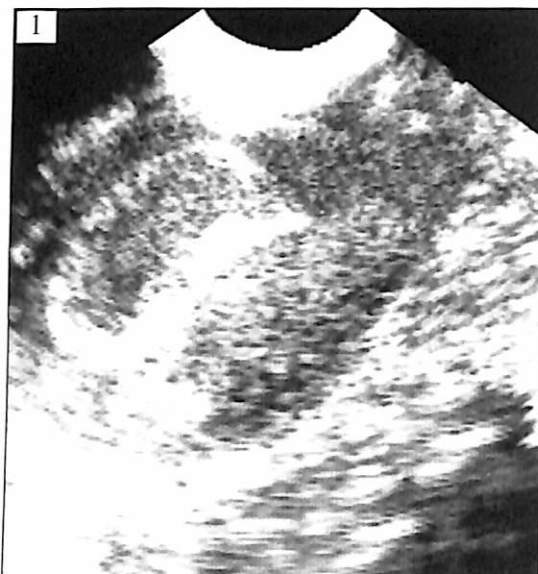
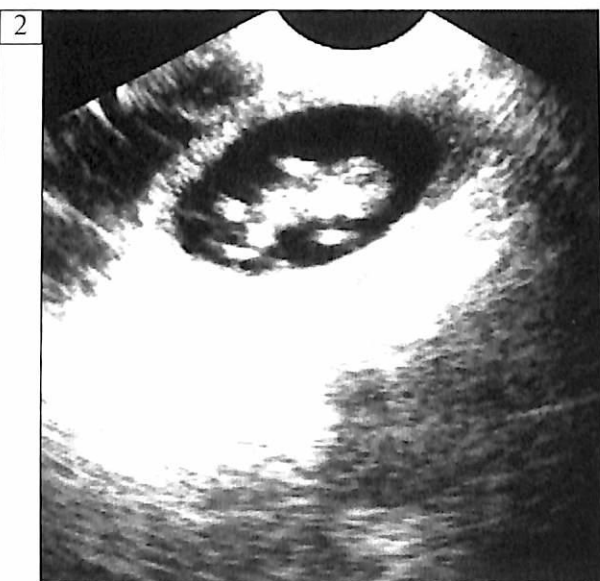


Рис. 43 (1, 2). Прогрессирующая (ненарушенная) трубная беременность, 10–11 НБ.

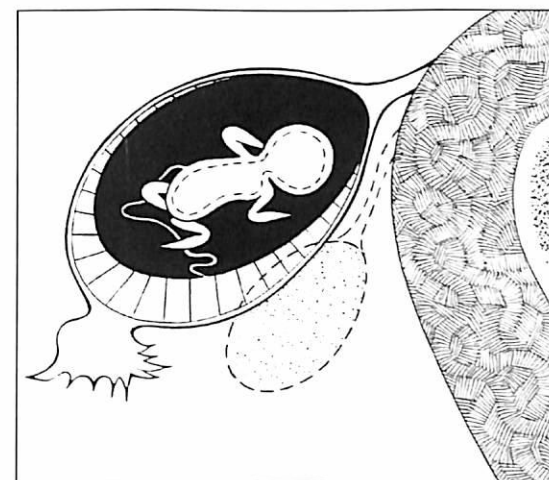
1. М несколько больше нормы, без ФМ-узлов. В полости М Пл/Я нет. Э утолщен до 23 мм, типично децидуального строения — с хорошо выраженным кортикальным слоем и зоной пониженной плотности в центре, без четких границ.

2. Справа от М, на уровне средней трети ее тела, лоцируется эмбриональная полость (66 × 30 мм), в которой имеется живой и правильно сформированный эмбрион, по своим размерам и строению соответствующий 10–11 НБ (подвижность активная, сердцебиение ритмичное). Плацента (толщина 9–10 мм) определяется вдоль нижнего полюса и задней стенки эктопического амниона, ретроплацентарной гематомы нет. Амниотическая жидкость в участках, свободных от эмбриона, однородная. Я не изменены. Свободной жидкости в полости м/таза нет.



Лапароскопия. Правая МТр расширена до 8–9 см на значительном протяжении — от истмического отдела до воронки. Стенки трубы резко истончены, сквозь них просвечивают багрового цвета ткань плаценты и живой эмбрион. Крови в м/тазу нет. Тубэктомия. Дополни-

тельная информация: Я не изменены, спаек нет, проксимальная атрезия левой трубы (аномалия развития).



Существует еще один, редко встречающийся вариант ненарушенного прогрессирования ВМБ, когда рост Пл/Я осуществляется не за счет развития амниона и внутриамниотических структур, а только в результате селективного развития хориона. Это наблюдается, если эмбриобласт погибает (из-за быстро возникающих в патологических условиях ампулярной nidации микроциркуляторных нарушений) на сверхранних сроках после трубной имплантации, но отсколки эмбрионального комплекса от плодовместилища не происходит. Эктопический трофобласто-хорион сохраняет интимную связь с тканями МТр и, в силу своих высоких резистентности и пролиферативной активности, продолжает медленно прогрессировать, несмотря на прекращение жизнедеятельности собственно зародыша. Данный процесс сопровождается: 1) резко выраженным отставанием объема амниона от ожидаемых в I фазу ненарушенного течения ВМБ значений — величина его такая же, как и во время гибели эмбриобласто-эмбриона (2–3 — 3–4 НБ), или несколько меньше; 2) отсутствием в просвете эмбриональной полости зародыша и желточного мешка, на любом сроке гестации — «пустой» амнион; 3) постепенным нарастанием толщины оболочки Пл/Я. Фактически рассматриваемый вариант прогрессирующей трубной беременности можно обозначить как **ненарушенная персистенция и рост хориона при неразвивающемся амнионе**.

Клиническое течение такой ВМБ обычно характеризуется появлением, после непродолжительной менструальной задержки, мажущих кровянистых выделений из половых путей, которые продолжаются несколько дней, а потом прекращаются, но могут возобновиться. Значительно реже вялотекущая геморрагия бывает постоянной. Болей нет. Мочевые гравитесты всегда положительные, но концентрация ХГ в сыворотке крови существенно понижена.

Эхографическая выявляемость очень низкая из-за небольших размеров эктопической гравидарной полости, как правило неотличимой от параметральных и параовариальных тканей, и нетипичности УЗ-картины. Успешная визуализация подобного объекта достигается исключительно с помощью направленного полипозиционного и пролонгированного УЗ-поиска; причем только после 4–5 и 5 НБ, когда изолированно развивающийся хорион приводит к существенному утолщению эмбриональной оболочки и, соответственно, увеличению размеров патологического очага, что и позволяет заметить его в процессе ТВ-УЗИ. При этом за пределами М и рядом с одним из Я, реже — в позадиматочном пространстве, определяется округлое или овальное, четко очерченное мягкотканно-жидкостное О. В строении его преобладает мягкотканый компонент — равномерно

утолщенная от 5 до 12 мм капсула, муфтообразно окружающая маленький амнион (4–9 мм), содержащий однородную жидкость. Общие размеры атипично прогрессирующего в МТр Пл/Я колеблются от 10 до 20 мм (и более), но редко превышают 15 мм в Ø.

Н., 27 лет. Первое обращение на УЗИ после недельной задержки месячных (перед планируемым медикаментозным прерыванием беременности, тест на ХГ ⊕) — в М и вне М Пл/Я не найдено, предложено повторить исследование через неделю.

При следующей встрече Н. предъявляла жалобы на появление скудных темных выделений, которые продолжались 3 дня, а потом прекратились. Дополнительный тест на ХГ показал опять ⊕-результат. *Отрицательные данные первого УЗИ, наличие мажущих кровянистых выделений, в сочетании с менструальной задержкой и ⊕-гравитестами, позволили заподозрить ВМБ, что и стало лейтмотивом второго УЗИ.* Контрольное сканирование (обзорно, ТВ): 1) в полости М имеется утолщенный до 18 мм Э, без Пл/Я; 2) направленный поиск эмбрионального объекта вне М был безуспешен; 3) данных за органическую патологию полости м/таза не получено.

Заключение: в М и за ее пределами Пл/Я не обнаружено, что не исключает эконегативного варианта трубной беременности. Рекомендации: консультация гинеколога, кровь на ХГ, УЗ-контроль.

Осмотр гинеколога показал только косвенные признаки наступившей беременности. Вагинальное исследование безболезненно, в области придатков М патологических О не определялось. Анализ сыворотки крови свидетельствовал о наличии гравидарного процесса с пониженным уровнем ХГ. Высказано предположение о ВМБ. В то же время, с учетом отсутствия в настоящее время каких-либо тревожных клинических и эхографических симптомов, решено временно воздержаться от госпитализации и продолжить комплексное наблюдение.

В третий раз УЗИ сделано через 6 дней от второго исследования, когда по гестационным расчетам (задержка 20 дней) гравидарный срок должен был составлять 5 НБ.

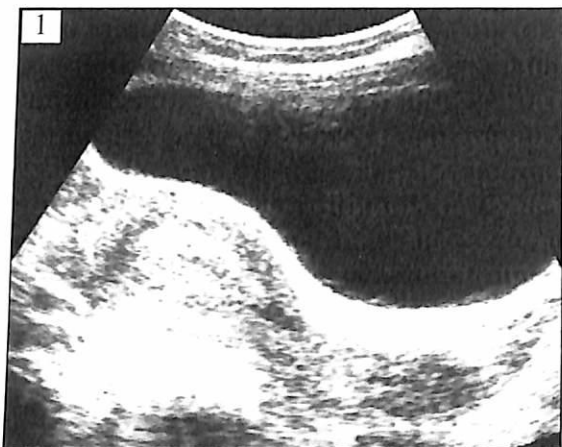
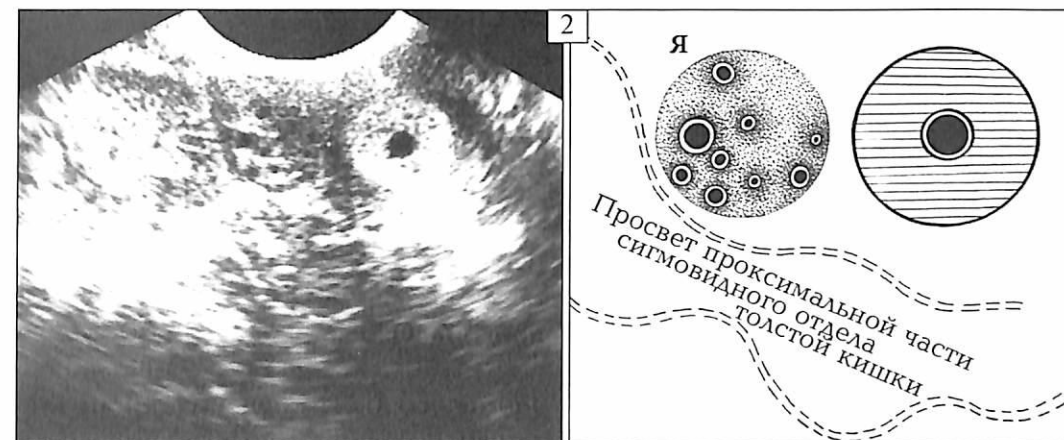


Рис. 44 (1, 2). Атипичный вариант прогрессирующей трубной беременности — ненарушенная персистенция и рост функционирующего хориона при неразвивающемся амнионе.

1. Трансабдоминальное УЗИ с полным МП. Продольный эхосрез М — содержит децидуальный Э = 19–20 мм, Пл/Я нет.

2 (см. с. 137). ТВ-сканирование. Слева от М, рядом с латеральной поверхностью Я (на эхограмме представлено поперечное сечение нижнего полюса левого Я) обнаружен эктопический эмбриональный объект, 14 мм в Ø. В центре его имеется округлая полость («пустой» амнион, 5 мм в Ø), циркулярно окруженная утолщенной до 7–8 мм плотной оболочкой. Гидросальпингса нет, свободной жидкости в полости м/таза нет.

Таким образом, трехэтапное УЗИ с интервалом в 1 неделю, в совокупности с анамnestическими данными (мажущие кровянистые выделения на фоне менструальной задержки) и результатами лабораторного исследования (положительные мочевые гравитесты, сниженная концентрация ХГ в крови), свидетельствовало о ненарушенной левосторонней трубной беременности, прогрессирующей за счет изолированного роста хориона.



Лапароскопия — резекция левой МТр. Гистологически: множественные, местами диффузно фиброзированные ворсины хориона, покрытые истонченным, но хорошо сохранившимся слоем трофобластического эпителия.

Наблюдение Н. иллюстрирует тот факт, что основным и практически единственным «оружием» эходиагноста в указанной непростой и двусмысленной диагностической ситуации является назначение повторных исследований. Причем число контрольных УЗИ и даже интервал между ними определяются индивидуально, в зависимости от характера эхокартины и состояния больной. Естественно, все дополнительные исследования, проводимые вплоть до разрешения настоящей клинической задачи, выполняются бесплатно.

И еще, полезно напомнить, что когда имеется задержка месячных (иногда значительная) и положительные гравитесты, а при УЗИ в М и вне М эмбрионального объекта не видно, то, назначая и выполняя контрольные УЗИ, нельзя «зацикливаться» только на варианте ВМБ (особенно при бессимптомном течении). Ведь у группы (правда весьма немногочисленной) беременных с маточной имплантацией визуализация на ранних сроках локализуемого в М Пл/Я отнюдь не всегда, а точнее — не сразу, бывает успешной. У таких пациенток УЗ-подтверждение факта физиологической беременности иногда требует проведения двух или трех повторных исследований. Подобные гестационно-эхографические расхождения наблюдаются, если зачатие произошло после предшествующего ему функционального циклического нарушения (привычного — у женщин с нерегулярными месячными, случайного или после отмены гормональной контрацепции); или, во-видимому, обусловлены замедленным темпом прогрессирования зародыша в период БРС (2–3 — 6 НБ), с последующим скачкообразным ростом и нормальным развитием беременности в дальнейшем.

Возвращаясь же к вопросу эходиагностики атипичного прогрессирования ампулярной ВМБ, целесообразно привести еще одно наблюдение.

Е., 41 год. Направлена на УЗИ после осмотра гинеколога (вагинальное исследование — без особенностей) с предварительным диагнозом «нарушение менструального цикла или БРС (возможно, внематочная)». Предъявляет жалобы на задержку месячных около 3 недель и непостоянные скудные темные выделения. Характерно,

что столь позднее обращение к гинекологу Е. объясняла тем, что расценивала периодически возникающие на фоне задержки мажущие кровянистые выделения как начало «запоздавшей» менструации. Гравидарный вариант в качестве причины указанных симптомов самой пациенткой не рассматривался, так как в течение последних 2,5 лет беременностей (при наличии регулярной половой жизни, без контрацепции) не наступало.

После ознакомления с направлением на УЗИ, в котором было высказано предположение о ВМБ, перед началом исследования женщине предложено сделать мочевого тест на ХГ... показавший ⊕-результат.

В процессе эхолокации со стороны **М** и **Я** определялась свойственная всем случаям ненарушенной трубной имплантации эхокартина: **М** не увеличена, содержит нечетко очерченный Э = 13–14 мм, без Пл/Я; **Я** не изменены. Гидросальпингса нет, свободной жидкости в полости м/таза нет.

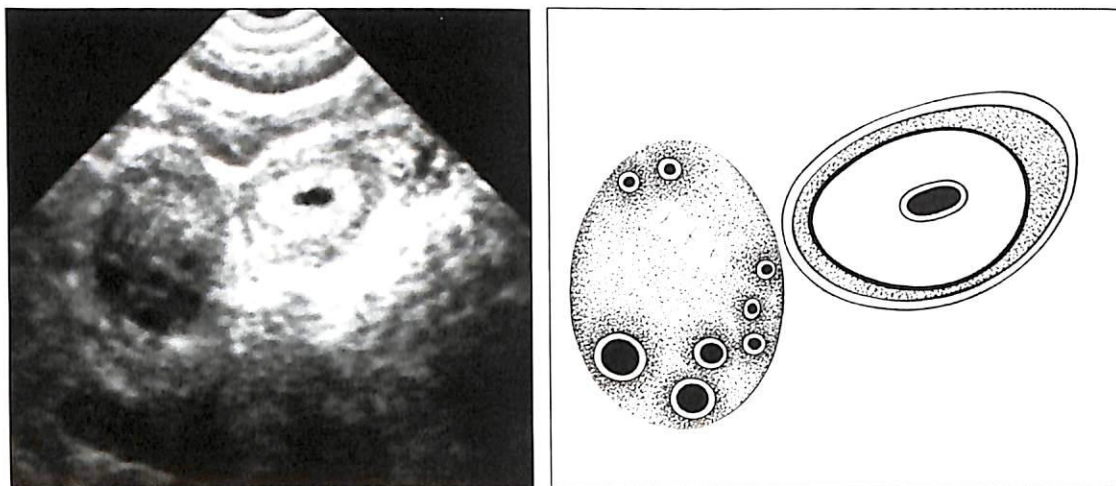
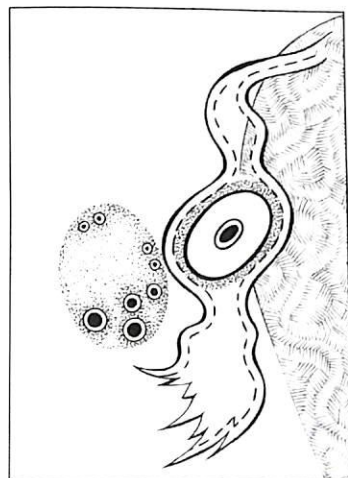


Рис. 45. Изолированное развитие оболочки эктопического Пл/Я и значительная гипотрофия амниона при ненарушенной ампулярно-трубной беременности.

Пример удовлетворительного прогрессирования хориона и, одновременно, выраженного отставания размеров и строения амниотической полости от ожидаемых, по гестационным подсчетам (5–6 НБ), количественных и качественных показателей.



Вместе с тем, при направленном и пролонгированном ТВ-сканировании, справа и кзади от средней трети тела **М**, около медиальной поверхности правого **Я**, замечено параовариальное **О** правильной овальной формы, в центре которого имеется небольшая щелевидная полость: общие размеры 14 × 9 мм, величина центральной камеры с однородным содержимым 6 × 3 мм (амнион); толщина стенок 4–7 мм; вокруг оболочки виден ободок пониженной плотности (зона перифокальной геморрагической индукции эндосальпингса), замкнутый дополнительной внешней капсулой — стенкой **МТр**.

Таким образом, совокупность клинических проявлений (менструальная задержка и ремиттирующие скудные кровянистые выделения, положительный грави-тест) и результатов УЗИ позволили высказаться о ненарушенной правосторонней ВМБ.

Лапароскопическая коррекция. Гистологическое подтверждение диагноза.

Конечно, заметить показанный на рис. 45 параметрально-параовариальный объект, а также достоверно доказать его реальное присутствие в полости м/таза очень трудно. С одной стороны, это обусловлено небольшими общими размерами **О**, с другой — минимальным объемом неразвивающегося амниона. В данном случае успешная визуализация (при первом же исследовании) атипичного эктопического Пл/Я была достигнута вследствие удачного сочетания трех благоприятных факторов: спавшегося просвета кишечника (почти без фекальных масс и газов), слабой выраженности гравидарной сосудистой реакции, расположения патологического очага в непосредственной близости к овариальному краю. В результате, из-за отсутствия экранирующих влияний со стороны **К** и сосудистого русла, а также наличия зоны перифокальной геморрагической индукции эндосальпингса, подчеркивающей контуры **О**, эктопическое Пл/Я было обнаружено сравнительно легко* — практически в процессе прицельной эхолокации правого **Я**.

Дополнительно нужно упомянуть такую редкую и нетипичную модификацию эхокартины I фазы ВМБ, локализуемой в ампуле **МТр**, как **неразвивающаяся, но ненарушенная трубная беременность**.

Патогенез данного состояния заключается в гибели эмбриобласто-эмбриона и прекращении жизнедеятельности большей части хориальных ворсин вследствие нарушения «питания» эктопического Пл/Я. Однако отслойки его (даже частичной) от плодовместилища сразу после этого не наступает, и погибшая эмбриональная камера может довольно длительное время (от нескольких дней до 4–5 нед.) латентно присутствовать в просвете яйцевода. Терминологически понятие «прогрессирующая беременность» здесь неприемлемо, так как морфологически развития эмбрионального комплекса нет — замершая, неразвивающаяся беременность. Напротив, оболочка и внутриамниотические структуры довольно быстро регрессируют, а размер амниона не меняется. Вместе с тем, отсутствие признаков прерывания (потому что нет более или менее значительного интратубарного кровоизлияния) позволяет говорить о ненарушенном течении заболевания.

Клиническая симптоматика до гибели зародыша не отличается от обычного течения прогрессирующей трубной беременности. Но затем, как правило, возникают мажущие темные выделения, прерывистые или постоянные, вызванные существенным падением уровня ХГ (из-за прекращения жизнедеятельности большого числа ворсин хориона) и, поэтому, угнетением прогестеронобразующей функции ЖТ. Концентрация **П** уменьшается, что служит пусковым механизмом ограниченной, но растянутой во времени реакции отторжения на границе компактного слоя децидуальной оболочки и базального слоя Э. Это приводит к малоинтенсивному, но, так сказать, хроническому кровоизлиянию из спиралевидных артерий и, соответственно, вялотекущей метроррагии. Изредка происходит отторжение значительного объема или всей децидуальной слизистой **М**, что проявляется относительно кратковременным, но обильным кровотечением, после которого по-прежнему продолжают наблюдаться скудные кровянистые выделения.

* Что, безусловно, является исключением из общего правила.

Мочевые тесты на ХГ зачастую отрицательные или, реже, неинформативны вследствие отсутствия или крайне незначительной концентрации гормона хориона в моче. В ряде случаев наблюдается, на первый взгляд, парадоксальное явление — на начальном этапе (прогрессирующая ВМБ) грави-тест(ы) показывает положительный результат, но потом, после гибели Пл/Я, повторные тестирования мочи дают отрицательные ответы. В то же время даже после фактического прекращения жизнедеятельности Пл/Я отдельные ворсинки или группа элементов хориона все же сохраняют свою жизнеспособность и продолжают продуцировать небольшие уровни ХГ. В связи с этим реакция сыворотки крови на хорионический гонадотропин обычно дает положительный результат, но содержание гормона всегда резко снижено.

Данный вариант атипичного течения ненарушенной ВМБ выявляется (если выявляется вообще) после 4, 4-5 НБ — первично, если имеет место позднее обращение женщины на УЗИ, или на одном из этапов УЗ-мониторинга.

Эхосимптоматика погибшего, но еще не отторгнутого интратубарного Пл/Я аналогична УЗ-картине неразвивающейся маточной БРС. В частности, из-за уменьшения объема хориона происходит истончение стенок эмбриональной камеры (1–3 мм). Размеры параовариального жидкостного О не превышают 24 мм в Ø, чаще — 12–20 мм. Просвет однородный (пустое Пл/Я) или может содержать 1–2 эхопозитивных включения линейной или дисковидной формы, отражающих постмортальное изображение желточного мешка и эмбриона. В ряде случаев содержимое амниона дисперсное за счет множественных мелких линейно-точечных структур, возникающих в результате кровоизлияния в амниотическую полость.

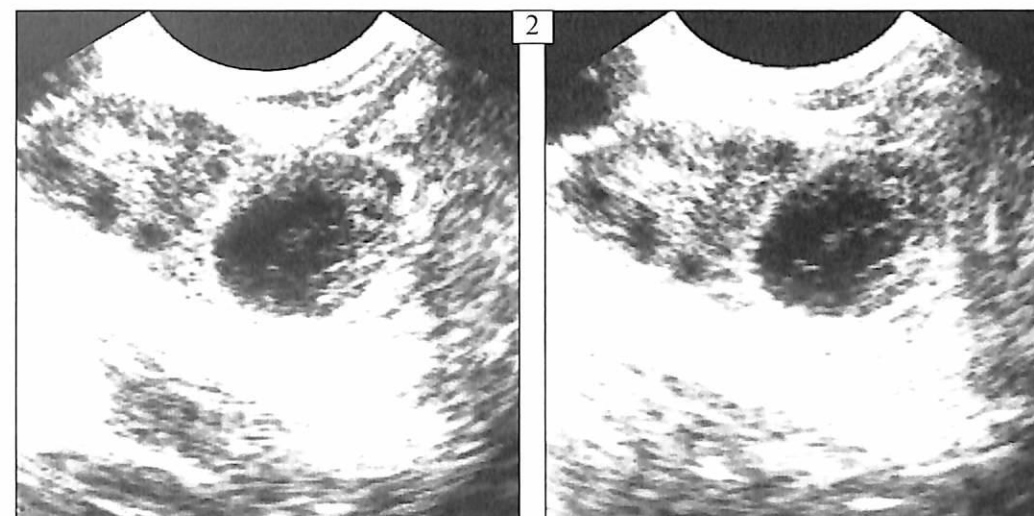
Л., 29 лет (2 аборта, роды, выкидыш). Перед обращением на УЗИ: 1) задержка месячных 1 неделя; 2) моча на ХГ ⊕; 3) в беременности не заинтересована, но с прерыванием ее не спешила, так как знала, что мини-аборт выполняется до 5–6 НБ; 4) на 13–14 день менструальной задержки отметила темные скудные выделения, продолжающиеся вплоть до настоящего исследования (при гестационном сроке 4–5, 5 НБ).

Трансабдоминальное УЗИ. М не увеличена, содержит утолщенный до 13–14 мм Э, Пл/Я нет. В проекции правого Я обнаружена тонкостенная полость, первоначально расцененная как киста ЖТ. Сделано ТВ-УЗИ.

Рис. 46 (1, 2). Ненарушенная, но неразвивающаяся беременность в ампуле МТр.

1. Децидуальный Э, 14 мм.

2. Справа от М, на уровне ее нижней трети, между М и правым Я (не изменен) выявлено жидкостное О, параовариальный характер которого доказан в процессе полипозиционного сканирования с использованием селективной компрессии (безболезненно) О и Я ТВ-датчиком. Размеры 20 × 16 мм, стенки равномерно тонкие (2–3 мм). В просвете эмбриональных структур не видно, со-



держимое местами мелкодисперсное. В остальной полости м/таза без особенностей.

Заподозрен атипичный вариант ВМБ, хотя формальных УЗ-симптомов, свидетельствующих о гравидарной природе параовариально-параовариального объекта (утолщенной свыше 4 мм оболочки, желточного мешка и/или эмбриона внутри), не определялось. Предложено повторить грави-тест, показавший ⊖-результат.

Заключение: в М Пл/Я не обнаружено.

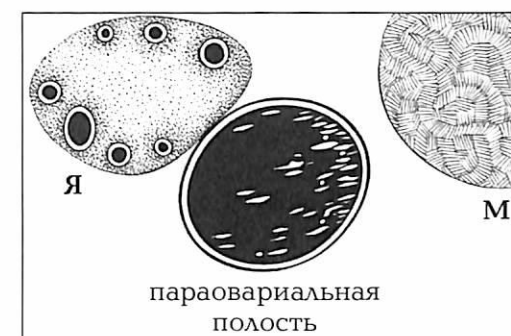
Эхо-данные следует дифференцировать между параовариальной кистой, ограниченным гидросальпингсом и правосторонней трубной беременностью. Однако, с учетом анамнеза, в первую очередь нужно исключить неразвивающуюся ВМБ, без признаков прерывания (консультация гинеколога, кровь на ХГ, лапароскопия?).

Биохимическое исследование сыворотки крови показало наличие беременности с очень низкой концентрацией ХГ.

Лапароскопия. Крови в полости м/таза нет. М, Я и левая МТр не изменены. Правая труба: с перитубарными спайками; расширена и гиперемирована в ампулярном отделе, стенки ее местами уплотнены; при сальпинготомии содержит Пл/Я с истонченной капсулой и гладкой поверхностью — вакуум-аспирация, гидротубация, иссечение спаек, повторная гидротубация.

В полости М обычно определяется свойственный всем вариантам ВМБ утолщенный свыше 10–12 мм (до 20–24 мм) децидуальный Э. В то же время при наличии длительных мажущих кровянистых выделений объем гравидарной слизи-стой может уменьшаться (6–10 мм и меньше). Структура становится однородной, а по периферии появляется нечетко очерченный ободок пониженной эхоплотности, обозначающий зону вялотекущего (неполного) отторжения компактного слоя децидуальной оболочки от базального эпителия, выстилающего стенки материнской полости.

Приводятся результаты второго этапа динамического УЗИ (первичное исследование было неинформативным), выполненного при сроке гестации 5–6 НБ.



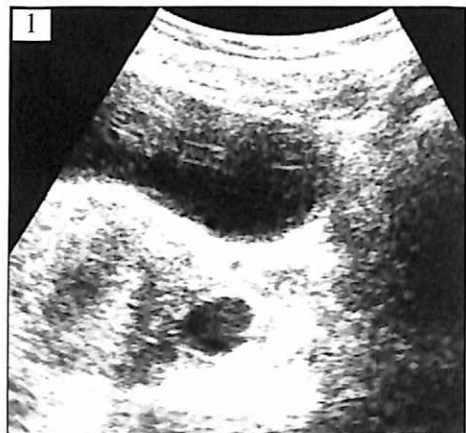


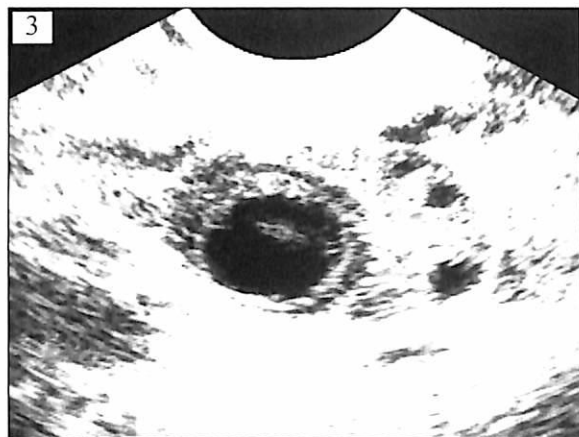
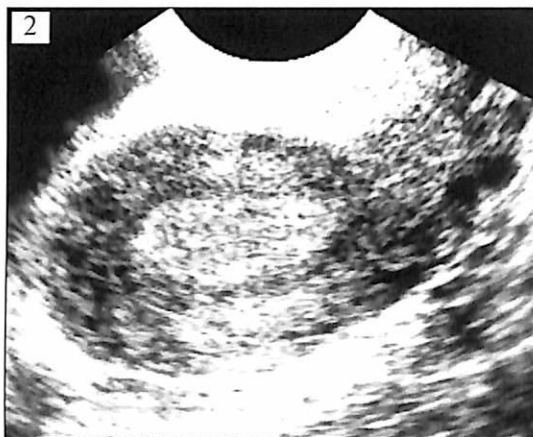
Рис. 47 (1, 2, 3). Аналогичное наблюдение — погибшее эктопическое Пл/Я без УЗ-признаков прерывания трубной беременности, протекающей с длительными, почти постоянными, но скудными кровянистыми выделениями из половых путей.

1. Обзорная эхолокация с полным МП.

В левой параметральной области выявляется параовариальное жидкостное О, локализующееся между боковой поверхностью М (рядом с ней) и нижним полюсом левого Я, поперечный эхосрез которого лоцируется выше и латеральнее патологического очага.

ТВ-УЗИ.

2. М несколько больше нормы, миометрий имеет обычный вид. В полости: однородный Э (7–8 мм), окруженный слабо выраженной «зоной отторжения».



3. В процессе направленно-прицельного сканирования левой половины м/таза доказано наличие там, в участке, уже обозначенном при трансабдоминальном УЗИ, патологической параметрально-параовариальной полости: 18 мм в Ø, в верхней части просвета имеется дисковидное включение (спавшийся желточный мешок или погибший эмбрион); стенки равномерно тонкие (1–3 мм), вдоль внешней границы капсулы прослеживается циркулярный эхонегативный ободок (симптом двухконтурности). Латеральнее объекта виден один из эхосрезов нижнего полюса левого Я (с тремя антральными фолликулами), располагающегося отдаленно от обнаруженного О.

Разумеется, установить факт эктопической нидации при неразвивающейся и, вместе с тем, ненарушенной трубной беременно-

сти по чисто эхографическим параметрам невозможно, так как они не несут специфических черт внематочного гравидарного объекта — стенки параовариаль-

ного жидкостного О тонкие (1–3 мм), характерных эмбриональных структур в просвете нет. Верификация диагноза требует комплексного подхода, а именно — тщательного анализа субъективных проявлений (анамнеза) и результатов тестирования на ХГ (моча, кровь), что в сочетании с данными УЗИ может стать основой правильного диагноза до появления клинико-эхографических симптомов прерывания ВМБ.

Атипичные варианты эхокартины I фазы ампулярно-трубной беременности (1 — ненарушенное прогрессирование хориона без роста амниона; 2 — ненарушенная, но неразвивающаяся беременность) встречаются редко и составляют не более 4–6% от всех выявляемых при УЗИ эктопических имплантаций.

Заканчивая рассмотрение различных аспектов эходиагностики прогрессирующей трубной беременности (истмической и ампулярной), нет смысла резюмировать данные об УЗ-выявляемости этой патологии. Все сведения уже приведены в тексте соответствующих разделов и подразделов. В дополнение стоит еще раз подчеркнуть, что представленные выше количественные показатели, касающиеся диагностических возможностей УЗИ при верификации ненарушенной ВМБ, никак не должны расцениваться ортодоксально. Они лишь отражают приближенные к реалиям повседневной работы УЗ-кабинетов клинико-статистические закономерности, а сопутствующие отступления показывают не более чем личное отношение автора к этой непростой проблеме. Вопросы же дифференциации и диагностические трудности, всегда сопровождающие УЗ-распознавание эктопической беременности (независимо от локализации Пл/Я в МТр и фазы заболевания), будут рассмотрены в главах III и IV.

II фаза. Нарушенная ампулярная трубная беременность — трубный аборт

складывается из нескольких последовательных стадий: внутренний разрыв плодместилища → кровотечение в просвет МТр → отслойка (частичная или полная) хориона от эндосальпинкса → изгнание (или попытки изгнания) Пл/Я в полость м/таза за счет антиперистальтических сокращений трубы.

Трубный аборт является основным механизмом прерывания эктопической беременности, локализующейся в ампуле МТр. Лишь в 1–1,5% случаев ампулярная нидация нарушается по типу перфорации трубы, а у 3–7% больных — в результате сочетания внутреннего повреждения и наружного разрыва плодместилища. Характерно, что чем ближе к перешейку располагается имплантированное в ампуле Пл/Я, тем выше риск перфорации тубарной стенки. Однако подавляющее большинство ампулярных нидаций происходит в среднем и нижнем отделах ампулы, что детерминирует высокую частоту именно трубного аборта (91,5–96%).

В типичных случаях (когда женщина обследуется с уже сформулированным, самой пациенткой или гинекологом, подозрением на БРС) прерывание ампу-

лярной имплантации развивается после короткого периода прогрессирующей беременности (1–1,5 нед.), проявляющегося **нарушением менструального цикла** в виде задержки месячных (70–74%) или необычного характера последней менструации (26–30%) и протекающего чаще всего бессимптомно или со скудными и непостоянными кровянистыми выделениями (25–30%), но, как правило, без болевых ощущений.

Кардинальный клинический симптом трубного аборта — **боль**. Она встречается у большинства больных и вызвана сочетанным действием следующих факторов (по Стрижакову А.Н. с соавт., 1998): собственно травмой плодместилища с выделением высоких доз аллогенных химических агентов, а также перерастяжением серозной оболочки **МТр** из-за интенсивного интратубарного кровоизлияния; раздражением брюшины м/таза кровью, изливающейся через абдоминальное отверстие трубы; сильными центробежными (от **М** к фимбриальному концу) сокращениями трубы, изгоняющими **Пл/Я**, и, в значительно меньшей степени, сопутствующим повышением тонуса **М**.

Боль чаще всего возникает внезапно и приступообразно. Локализуется в нижних отделах живота и обычно сильнее выражена на стороне беременной трубы. Характерна иррадиация в задний проход и поясницу. Боль держится от нескольких минут до нескольких часов и нередко бывает схваткообразной. Продолжительность и интенсивность болевого синдрома зависит от характера интратубарного кровотечения — чем оно массивнее и длительнее, тем сильнее и протяженнее алгическое состояние. Постоянные или неуклонно нарастающие болевые ощущения встречаются не более чем у 10% пациенток. В большинстве случаев трубному аборту присущ прерывистый характер болей, обусловленный мелко-порционным типом интратубарной геморрагии, когда алгические приступы чередуются с иногда довольно длительными «спокойными» промежутками.

Второе место по частоте занимают жалобы на **кровянистые выделения** из половых путей, которые обычно появляются через 1–6 ч после болевого приступа. Значительно реже метроррагия начинается одновременно с болями. Выделения скудные (мажущие), темные, часто коричневые, могут быть черными. Их генез: после отслойки (полной или частичной) и, обычно, гибели **Пл/Я** значительная часть хориальных ворсин прекращает жизнедеятельность → падает уровень **ХГ**, что ведет к снижению продукции прогестерона **ЖТ Я** → снижение уровня **П** индуцирует частичное отторжение децидуального **Э** и вялотекущее кровотечение из спиралевидных артерий → развивается незначительная, но стойкая метроррагия. Главным отличительным признаком кровянистых выделений при совершающемся трубном аборте является их упорный характер, не поддающийся медикаментозным воздействиям (противовоспалительному лечению, гормонотерапии). Кровотечение не прекращается даже после выскабливания полости **М**.

При частичной отслойке **Пл/Я** трофобласт хориальных ворсин, сохранивших связь с эндосальпингсом, продолжает продуцировать **ХГ**, что поддерживает функцию **ЖТ Я** и обеспечивает сниженный (по сравнению с I фазой **ВМБ**), но постоянный уровень **П**.

В случае полной отслойки зародыша часть ворсин хориона, глубоко внедренных в эндосальпингс, остается в **МТр** и, в силу высокой «жизнеспособности» трофобластического эпителия, по-прежнему выделяет **ХГ**, стимулирующий секрецию **П** в **Я**. Следовательно, как при частичной, так и при полной отслойке **Пл/Я** сохраняется пониженная, но постоянная концентрация **П**, что вызывает и поддерживает перманентное, но малоинтенсивное кровоизлияние из сосудов децидуального **Э**. Оно не прекращается, потому что нет нарастания эстрогенов, необходимого для спазма миометрия (а также регенерации **Э**) и остановки кровотечения. Указанные эндокринологические особенности трубного аборта приводят к развитию в полости **М** такого, довольно устойчивого, состояния, которое можно обозначить как хроническая, вялотекущая реакция отторжения на границе децидуальной оболочки и пристеночного базального слоя **Э**.

Кровянистые выделения иногда бывают постоянными, но чаще носят ремитирующий характер — возобновляются после короткого (от нескольких часов до нескольких дней) «светлого» промежутка. В единичных случаях вместе с кровью отходят обрывки децидуальной ткани, но и после этого мажущие темные выделения не прекращаются.

Тестирование на ХГ. Сведения о чувствительности мочевых гравитестов при трубном аборте весьма противоречивы. В одних источниках приводятся чрезмерно заниженные данные (45–50% отрицательных ответов), в других, преимущественно в аннотациях фирм-изготовителей, напротив, результаты излишне оптимистичны. Некоторые авторы вообще считают применение реакции мочи на **ХГ** неинформативным. Вместе с тем, накопленный опыт работы с беременными позволяет откорректировать положение дел. Установлено, что в случае использования современных препаратов (в основном импортных, желательнее — производства Германии и США) положительные результаты исследования мочи на **ХГ** отмечаются у 73–80% больных с нарушенной ампулярно-трубной беременностью. При этом отрицательные и неоднозначные ответы (в общей сложности примерно 25%) обусловлены уменьшением изначально пониженной концентрации гормона трофобласта после полной или субтотальной отслойки **Пл/Я** (острая и подострая формы заболевания) или при длительном (хроническом) течении трубного аборта, а также — ограниченной разрешающей способностью методики. Показательно, что даже в случае полной отслойки **Пл/Я**, характерной для острого и, реже, подострого течения II фазы **ВМБ**, мочевой тест на **ХГ** у 75% больных остается положительным, так как в подавляющем большинстве таких наблюдений часть хориальных ворсин не теряет интимной связи с эндосальпингсом и продолжает персистировать в нем даже после отторжения зародыша.

Чувствительность тестирования сыворотки крови на **ХГ**, которое в настоящее время выполняется во всех крупных биохимических лабораториях (в том числе и амбулаторно) достигает 98%. Причем концентрация гормона почти всегда оказывается существенно ниже предельно допустимых значений для маточной имплантации. Как известно, нарушение продукции **ХГ** эктопическим трофобластом, наблюдаемое (но не у всех больных) уже в фазу прогрессирования ампулярной имплантации, усугубляется в процессе ее прерывания вследствие умень-

шения числа функционирующих хориальных ворсин (большая часть их отторгается и погибает вместе с Пл/Я), а также из-за дегенеративно-дистрофических изменений в ворсинах, сохранивших интимную связь с эндосальпингсом. Данный факт определяет специфичность методики при трубном аборте, чувствительность которой не снижается после отслойки эмбрионального комплекса, так как «якорные» ворсинки хориона (глубоко внедренные в стенку трубы) не отторгаются вместе с основной частью Пл/Я и продолжают выделять резко сниженные, но достаточные для слабоположительной реакции уровни ХГ.

Гинекологический осмотр. Эффективность его во многом зависит от сроков проведения — если обследование гинеколога осуществляется во время или сразу же вслед за приступом болей, симптоматика будет более четко выраженной, и наоборот. Нужно признать, что данные общего осмотра больной, пальпации живота и вагинального исследования в большинстве наблюдений неспецифичны для трубного аборта и позволяют заподозрить эту патологию только в комплексе с анамнестическими сведениями и результатами тестирования на ХГ.

* * *

Представляется возможным рассмотреть три варианта клинического течения фазы прерывания ампулярной трубной беременности: острое (8–10%), подострое (15–24%) и хроническое (68–75%). При этом выраженность симптоматики и продолжительность заболевания имеют прямую связь с интенсивностью и объемом внутрибрюшного кровотечения из беременной трубы, а также со сроками обращения пациентки за помощью и, в меньшей степени, зависят от индивидуального порога болевой чувствительности и общей резистентности организма. Также необходимо оговорить следующие положения. Во-первых, разделение клинических проявлений нарушенной ампулярной имплантации на острую, подострую и хроническую формы нельзя рассматривать в виде строгого правила. Например: в большинстве случаев подострое и острое течение ВМБ наблюдаются как осложнения предшествующего хронического развития заболевания. Во-вторых, то же самое касается и приводимых показателей частоты, которые отражают только общую тенденцию, отмеченную как при первичном ознакомлении с состоянием пациенток, так и в результате ретроспективной оценки многих наблюдений.

Первично **острое течение** трубного аборта встречается не более чем в 10% ампулярных имплантаций. Как правило, наблюдается при локализации Пл/Я в верхнем отделе ампулы — чем ближе зародыш находится к перешейку МТр, где имеется более «богатая» сосудистая сеть, тем сильнее, обильнее и продолжительнее интратубарно-брюшное кровоизлияние. Чаще всего оно вызывает полную отслойку Пл/Я, которое затем смещается вниз и либо определяется в области воронки или фимбрий трубы, либо эвакуируется в брюшную полость. В случае непрекращающегося кровотечения выраженность болей бывает весь-

ма значительной; интенсивность их не ослабевает или нарастает, ухудшается общее самочувствие больной, вплоть до развития болевого шока, и врач нередко определяет клинику, сходную с картиной перфорации МТр*. Но, несмотря на часто обильное или массивное кровоизлияние в полость м/таза, субъективные проявления протекающего остро трубного аборта все же не такие яркие и грозные, как при разрыве яйцевода во время прерывания истмической имплантации.

У некоторых женщин с острым течением II фазы ампулярно-трубной беременности выраженность болевого синдрома может уменьшиться или даже боли затихают (но остается чувство тяжести внизу живота). Однако потом, через непродолжительный (в отличие от подострой формы трубного аборта) промежуток времени, от нескольких минут до 30–45 мин, боли опять усиливаются или возобновляются.

Больные с клиникой острого заболевания, как правило, оперируются в течение нескольких часов (максимум — 3 суток) от начала болевого приступа. Эти пациентки редко попадают в поле зрения амбулаторной диагностической службы, так как в большинстве случаев госпитализируются «по скорой».

А., 25 лет. После 8-дневной менструальной задержки (3–4 НБ), на работе, внезапно (среди полного здоровья) возникли сильные боли внизу живота, больше справа. Прогрессирующее ухудшение общего самочувствия. Полуобморочное состояние. Вызвана бригада неотложной медицинской помощи. С предварительным диагнозом «острый живот — нарушенная ВМБ или аппендицит» госпитализирована в районную больницу. При осмотре гинекологом в приемном покое диагностирована остро прерывающаяся ВМБ с признаками непрекращающегося внутрибрюшного кровотечения.

Экстренная лапаротомия. После эвакуации значительного количества крови из полости м/таза выявлен источник кровотечения — правая МТр, без перфорации. Кровоизлияние из ее абдоминального отверстия остановлено наложением зажимов на брыжейку и проксимальный отдел перешейка. После повторной эвакуации крови в области фимбриального отдела трубы обнаружено отторгнутое Пл/Я. Тубэктомия.

Вместе с тем, зачастую острое прерывание ампулярной ВМБ совершается после первичного обращения (в связи с БРС) и обследования в ЖК — когда трубная беременность еще протекает бессимптомно, а при УЗИ в М и за ее пределами Пл/Я или других эхосимптомов, подозрительных на ВМБ, не видно, что диктует необходимость назначения повторного эхосканирования, т.е. в процессе амбулаторного клинко-эхографического наблюдения.

Ж., 33 лет. Задержка месячных 10 дней. Мочевой тест на ХГ ⊕. В сохранении беременности заинтересована. В процессе УЗИ (обзорно, ТВ) в М и вне М Пл/Я не выявлено. Предложено сделать повторное УЗИ через неделю. Консультация гинеколога: патологии не выявлено, «БРС?», контрольный осмотр после второго УЗИ*.

* Иногда (3–7%) при проксимальной ампулярной имплантации прерывание ВМБ, начавшееся по типу внутреннего разрыва плодместилища (трубного аборта), осложняется наружным разрывом (перфорацией трубы), что приводит к усилению кровотечения.

Через 6 дней, за сутки до повторного УЗИ, появились довольно сильные (схваткообразные) и продолжительные (несколько часов) боли внизу живота, иррадиирующие в крестец и, меньше, вверх. Госпитализация. Осмотр в приемном покое больницы показал картину острого кровотечения в полость м/таза, без явлений перитонеально-геморрагического шока. При пункции заднего свода влагалища получена кровь. Предоперационный диагноз — «острое нарушение ВМБ с обильным кровотечением в брюшную полость».

Лапаротомия: эвакуировано около 500 мл крови. Амбула правой МТр расширена, резко гиперемирована, из фимбриального отверстия вытекает кровь. Перешеек трубы интактен. Тубэктомия. Гистологически — в стенке ампулярного отдела МТр хориальные ворсины.

Эхографическая симптоматика данного варианта трубного аборта сходна с УЗ-картиной разрыва МТр и сводится к обнаружению свободной жидкости (крови) в полости м/таза — гемопельвиоперитонеума. Однако, по сравнению с перфорацией трубы, обычно сопровождающейся массивным кровотечением (800–1000 мл и больше), выраженность гемоперитонеума во время острого прерывания ампулярной ВМБ значительно меньше, так как при этом, как правило, наблюдается обильное (400–500 мл, до 800 мл) или умеренное (до 300–400 мл) кровоизлияние*. Для визуализации излившейся в полость м/таза крови наиболее эффективны продольные проекции сканирования, показывающие скопление свободной жидкости позади М и ШМ. В случае острого течения заболевания предпочтительно трансабдоминальное исследование, информативность которого в данной ситуации не зависит от степени наполнения МП, а проведение, в отличие от ТВ-УЗИ, безболезненно и менее травматично.



Рис. 48.1. Трубный аборт.
Умеренно выраженный гемоперитонеум.
Продольное эхосечение М и позадишеечно-позадишеечного пространства.

Истинное представление об объеме и распространенности внутреннего кровотечения требует выполнения полипозиционного исследования. Так, на рис. 48.2 показано, как кровоизлияние, представляющееся в продольном ракурсе (эхограмма А) умеренным по объему, на самом деле является обильным, поскольку в поперечной проекции (Б) отчетливо определяется довольно значительное количество свободной жидкости в левой параметральной области.

* В зависимости от количества излившейся из трубы крови различные по объему варианты гемопельвиоперитонеума могут быть представлены как: нерезко выраженный (до 100–250 мл крови), умеренный (до 300–400 мл), значительный (400–800 мл) и обширный (800–1000 мл и выше).

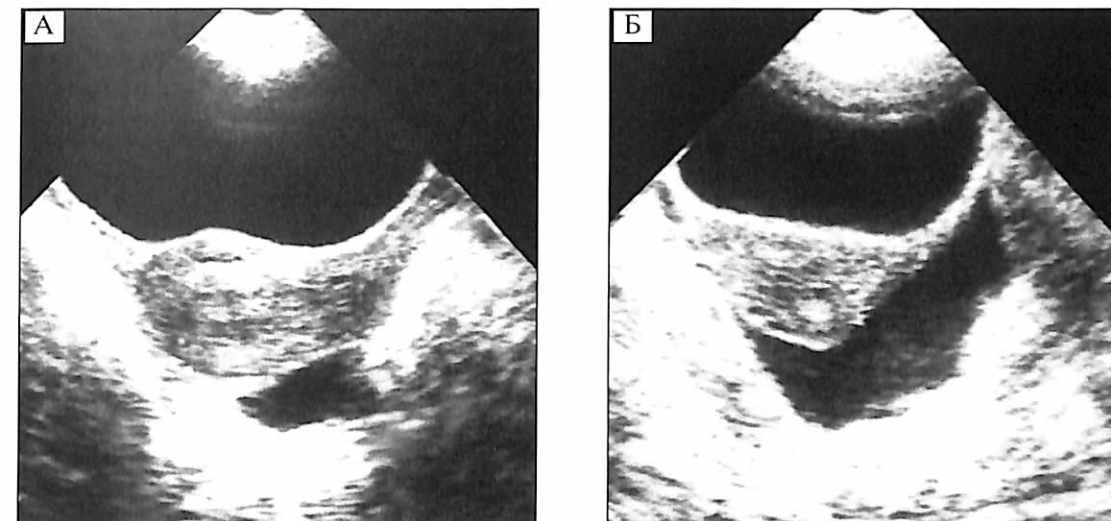


Рис. 48.2 (А, Б). Обильное кровоизлияние в левую параметральную область и позадишеечное пространство, развившееся в процессе острого прерывания левосторонней ампулярно-трубной беременности.

ТВ-УЗИ дает принципиально ту же информацию, но сопряжено с выраженными болевыми ощущениями и должно выполняться очень осторожно, чтобы не вызвать усиления кровотечения вследствие дополнительного травмирования пораженной трубы во время тракций ТВ-датчиком.

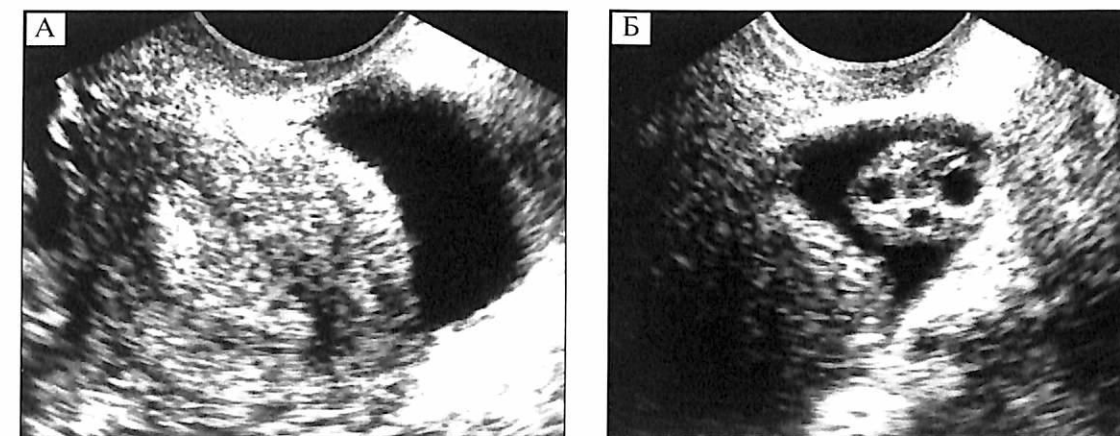


Рис. 48.3 (А, Б). ТВ-УЗИ при нерезко выраженном гемоперитонеуме.

А. Продольное УЗ-сечение М: в retroflexio, чуть больше нормы, миометрий не изменен; содержит утолщенный до 12 мм Э, без Пл/Я. Позади М — ограниченное скопление однородной жидкости, 48 × 22 мм.

Б. При смещении ТВ-датчика в сторону от правого Я обнаружено дополнительное, параовариальное депо крови.

Структура крови, излившейся из МТр в полость м/таза, зависит от времени, прошедшего с начала интратубарно-брюшного кровотечения до УЗИ. Если ис-

следование осуществляется в первые сутки острого трубного аборта, строение свободной жидкости однородное («свежая» кровь, рис. 48, 3); на 2–5 сутки — мелкодисперсное за счет множественных мелких сгустков крови, находящихся во взвешенном состоянии, преимущественно в каудальных отделах геморрагического скопления (рис. 48.1, 48.2, 48.4). Помимо хроно-фактора, эхоструктура гематомы определяется индивидуальными особенностями свертывающей системы крови; у некоторых больных может определяться УЗ-картина «старого» кровоизлияния (с грубыми сгустками, придающими гематоме дисперсно-тяжевой характер) даже при клинически недавнем начале острого нарушения ампулярной имплантации.

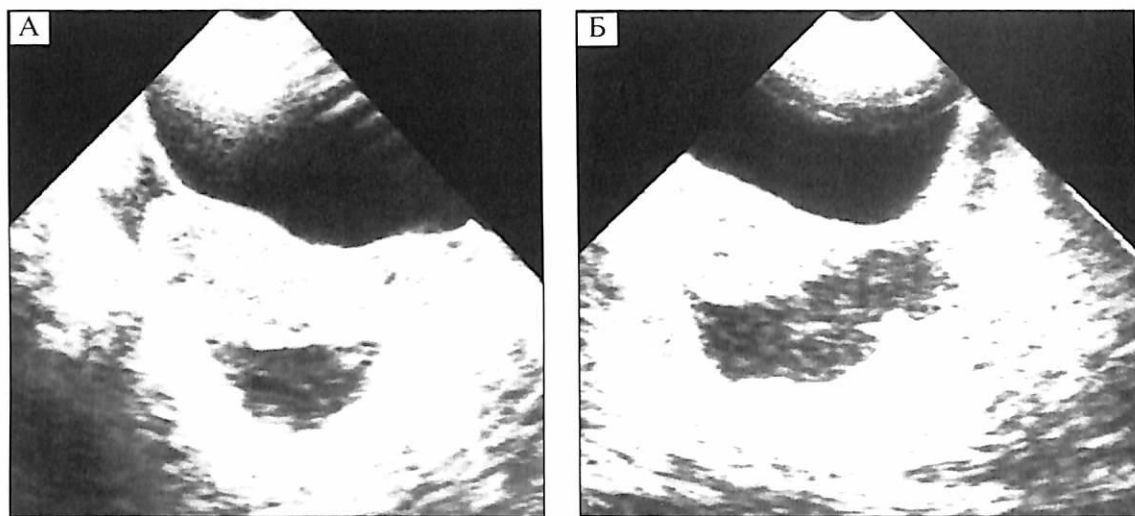


Рис. 48.4 (А, Б). Трубный аборт. Острое течение. Обильное кровоизлияние в позадимагическое и пузырно-маточное пространство (А — продольная проекция), а также в параметральную область (Б — поперечно-косой эхосрез) с дисперсным и местами тяжистым строением гемопельвиоперитонеума во всех отделах.

В процессе острого прерывания ампулярно-трубной беременности, в результате интенсивного и непрерывного интратубарного кровотечения, Пл/Я отслаивается от внутреннего плодместилища и под воздействием рефлексорных антиперистальтических сокращений МТр (которые довершают полную отслойку зародыша и, одновременно, усиливают кровоизлияние) смещается в дистальный отдел яйцевода и, обычно, эвакуируется в полость м/таза. Происходит **полный трубный выкидыш**.

Эхографически визуализировать покинувшее просвет трубы Пл/Я в большинстве случаев не удастся, потому что погибшее, деформированное, имбибированное кровью Пл/Я, нередко со спавшимися стенками, сливается с изображением петель К и стенками м/таза. Основной эхопризнак полного трубного аборта, независимо от характера течения (острое, подострое, хроническое) данного осложнения, — умеренно выраженный, реже обширный гемоперитонеум. Дополнительная деталь: в полости М имеется значительно утолщенный децидуальный Э, а в М и за ее пределами эмбриональной камеры не

выявляется. Лишь у немногих больных при внимательной эхолокации можно заметить на фоне излившейся крови отторгнутое из МТр Пл/Я, локализующееся вдоль нижней границы гемоперитонеума (вплотную к ней, пристеночно). Форма такого гравидарного объекта вытянутая, веретенообразная или овальная; объем полости резко уменьшен, содержимое неоднородное вследствие кровоизлияния в просвет или диффузного пропитывания кровью.

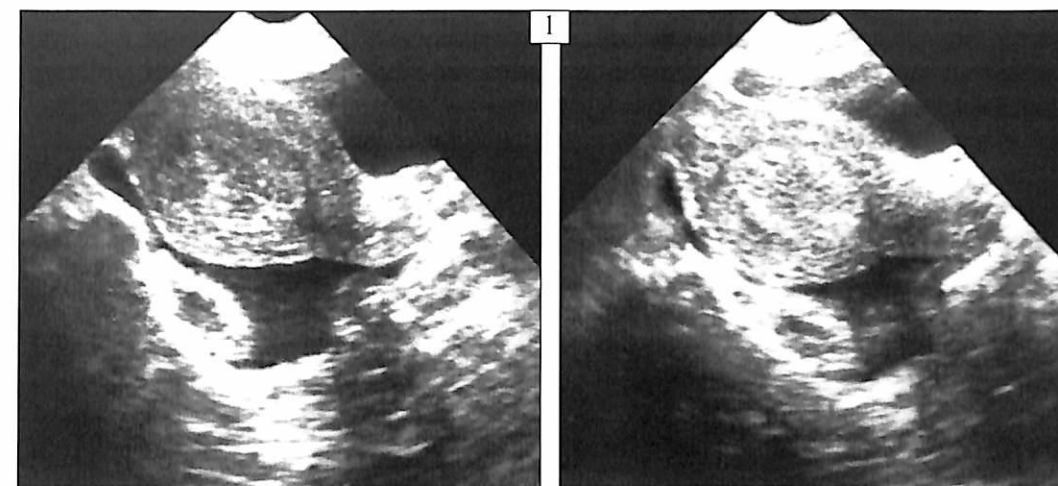
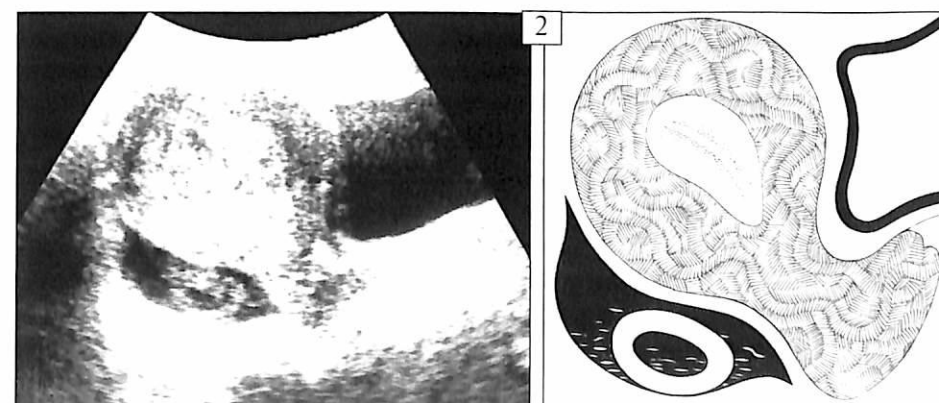
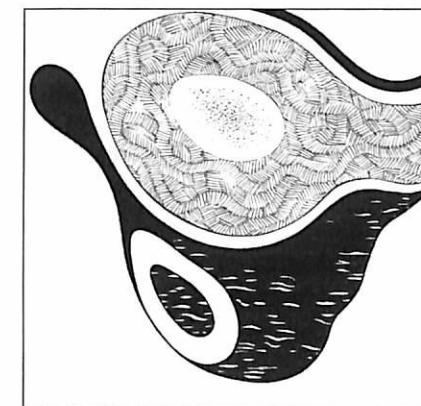


Рис. 49 (1, 2). Полный трубный выкидыш. Эвакуированное в полость м/таза Пл/Я на фоне гемоперитонеума.

1. Трансабдоминальное УЗИ с полупустым МП. Кровоизлияние в маточно-прямокишечное пространство. В нижней части позадимагической гематомы, вплотную к передней стенке прямой К, определяется «изгнанное» из МТр Пл/Я: веретенообразной формы, толщина стенок до 6–7 мм, в полости амниона видны множественные мелкотяжевые включения (сгустки крови).

2. Аналогичное наблюдение (другая больная).

Пояснения в тексте, а также в описании предыдущего рисунка и на схеме.



Иногда отслоенное от плодовместилища Пл/Я смещается вниз, но не покидает совсем просвета трубы, а задерживается в области воронки или среди фимбрий. Чаще всего это наблюдается при наличии спаек или слипчивого процесса в фимбриальном отделе, вызванного оседанием во время интратубарного кровотечения на бахромках МТр сгустков крови. В ряде случаев **неполный трубный выкидыш** при остром течении заболевания удается зафиксировать на эхограммах. УЗ-картина почти такая же, как и на рис. 49, 1 и 2, но между нижним полюсом Пл/Я (которое обычно лоцируется около перешейка М и кзади) и задне-нижней границей гемоперитонеума прослеживается выраженный в большей или меньшей степени просвет, заполненный свободной жидкостью, — параовариальное жидкостное О находится как бы во взвешенном состоянии.

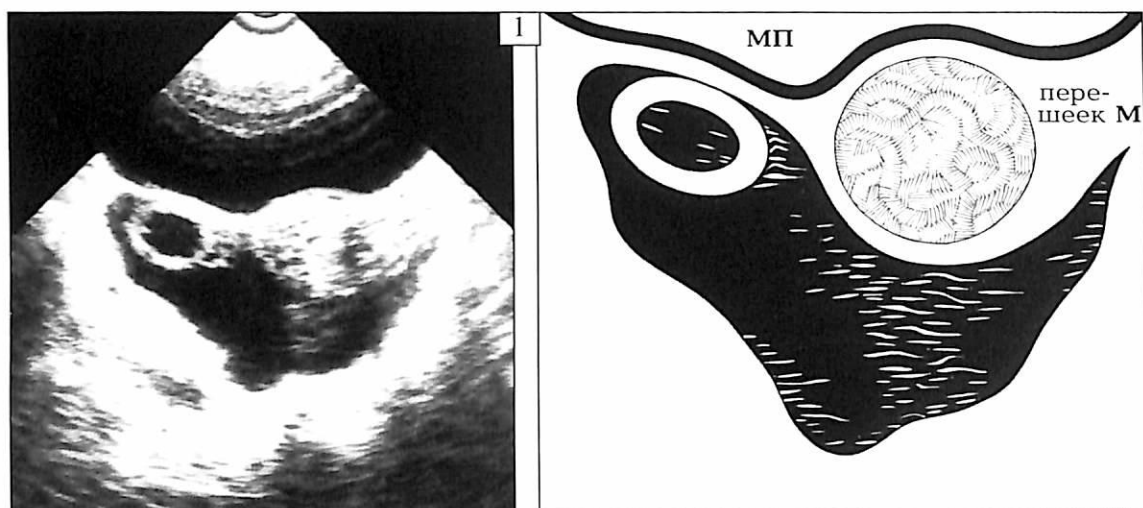


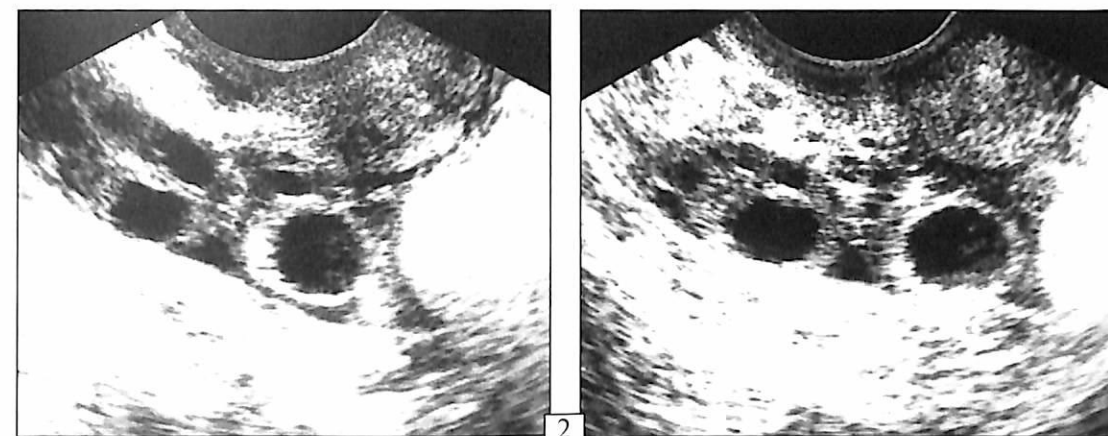
Рис. 50 (1, 2). Неполный трубный выкидыш. Пл/Я в воронко-фимбриальном отделе МТр, на фоне кровоизлияния в полость м/таза.

Два примера острого прерывания ампулярной ВМБ при сроках гестации 4 (1) и 5 (2) НБ, с формированием значительного (1) и нерезко выраженного (2) гемопельвиоперитонеума.

1. Трансабдоминальное УЗИ. Поперечная эхограмма, сделанная на уровне перешейка М. В правой параметральной области, с переходом в позадматочное пространство — значительное количество свободной жидкости с множественными «плавающими» в ней мелкопятнистыми эхопозитивными элементами (кровь со сгустками). На этом фоне в верхне-латеральной части гемоперитонеума видна эктопическая эмбриональная камера, почти со всех сторон окруженная жидкостью.

2 (эхограмма и схема на с. 153).

ТВ-УЗИ. В пространстве между нижним полюсом правого Я (с кистой ЖТ, 14 × 10 мм) и перешейком М определяется ограниченное скопление свободной жидкости — дисперсно-тяжевого строения, неправильной трапециевидной формы (небольшое экстраутробарное кровоизлияние — перитубарная гематома). В центре его имеется погибшее Пл/Я, взвешенное среди множественных сгустков крови: полость = 14–15 мм в Ø, в просвете ее нормальных эмбриональных структур нет, а в медиальной части видны мелкодисперсные включения; толщина стенок 3–4 мм.



Как следует из рис. 50.2, острое течение трубного аборта не всегда инициировано обильным кровотечением, а может наблюдаться и при нерезко выраженной геморрагии. Такое явление встречается у нерожавших женщин, особенно с фоновой гиперэстрогенией, для которых характерна повышенная болевая чувствительность репродуктивной сферы. Напротив, у женщин с «богатым» акушерско-гинекологическим анамнезом, иногда даже при обширном кровоизлиянии, клиническая симптоматика отличается скудностью субъективных проявлений.

Необходимо отметить, что эхографическое изображение гемопельвиоперитонеума не всегда точно отражает действительный объем кровотечения. Например, у женщин со сглаженным рельефом естественных углублений м/таза (что может быть индивидуальной анатомической особенностью, но чаще всего имеет место у неоднократно рожавших женщин) УЗИ при умеренном и, в ряде случаев, обильном кровоизлиянии зачастую показывает картину нерезко выраженного гемоперитонеума. Также следует упомянуть «эффект растекания» жидкости, когда часть излившейся крови распространяется (растекается) в межкишечные промежутки и по межфасциальным щелям и потому не может быть объективно оценена (количественно) эхографически. В связи с этим истинный объем геморрагии нередко оказывается (на операции) существенно большим, чем во время УЗИ, даже если операция осуществляется сразу после исследования. Впрочем, такие расхождения между данными эхолокации и хирургическими находками чаще всего вызваны: с одной стороны, тем, что от УЗИ до операции проходит несколько часов (до суток и больше); с другой стороны, непрекращающимся характером кровотечения, когда объем гемопельвиоперитонеума неуклонно, и иногда довольно быстро, нарастает.

У некоторых женщин отторгнутое от плодместилища и смещенное в воронку, но полностью не изгнанное из МТр Пл/Я может в значительной степени перекрывать абдоминальное отверстие трубы. Этому активно способствует слипчивый процесс в области фимбрий, быстро развивающийся в условиях непрекращающегося интратубарного кровотечения. На бахромках оседают сгустки крови и фибриновые пленки, что вызывает прилипание фимбрий друг к другу и к поверхности задержавшегося в воронке Пл/Я. В результате, после поступления первых порций крови в брюшную полость, в фимбриальном отделе возникает «пробка», препятствующая вытеканию из МТр всей излившейся из травмированного плодместилища крови, — формируется гематосальпинкс, а интенсивность внутрибрюшного кровотечения существенно падает. Оно может даже временно прекратиться. В обоих случаях выраженность первичного болевого синдрома, продолжающегося от 15–30 мин до 1–2,5 ч, значительно уменьшается. Но полностью боли не проходят, а приобретают постоянный ноющий характер, как из-за перерастяжения трубы скопившейся там кровью, так и вследствие слабого подтекания ее из фимбриального конца.

Главным эхографическим симптомом указанного состояния является гематосальпинкс, когда в одной из параметральных областей имеется параовариальное жидкостное О неправильной вытянутой формы (овальной, Г- или S-образной, ретортообразной, в виде «песочных часов»): стенки тонкие, иногда с поперечными перетяжками просвета; длина достигает 70–100 мм, поперечный размер от 24 до 50 мм; содержимое местами дисперсно-тяжевого типа. Обычно в нижнем полюсе патологической полости выявляется погибшее Пл/Я, потерявшее связь с плодместилищем, — небольших размеров, со сгустками крови в просвете; стенки его асимметрично утолщены за счет отторгнутых вместе с ним хориальных ворсин; контуры тяжистые вследствие агрегации сгустков крови на поверхности зародыша. Если же УЗ-изображения Пл/Я нет (редко), то это связано с тем, что оно иногда «сливается» с тканями, окружающими нижний полюс гематосальпинкса. В большинстве наблюдений определяется нерезко выраженный гемоперитонеум. Чаще всего в виде небольшой перитубарной гематомы — свободной жидкости в области каудальной части тубарного О. Я на стороне поражения в 35–50% не лоцируется, так как может перекрываться патологической полостью.

К., 30 лет. Последняя «менструация» наступила вовремя, но была менее обильна, чем обычно, и продолжалась непривычно долго. На 2 дня метроррагия прекратилась, после чего появились мажущие выделения темного цвета. С этими жалобами К. обратилась к участковому гинекологу, заподозрившему ВМБ. Назначения: тест на ХГ, УЗИ.

Мочевой гравитест дал ⊕-ответ, но при эхолокации в М и за ее пределами Пл/Я не определялось (М, Я и окружающие их ткани без патологии). С учетом весьма подозрительной на ВМБ клинической картины, особенно — в сочетании с ⊕-реакцией мочи на беременность и отрицательными, в плане маточной имплантации, данными УЗИ, рекомендовано повторить исследование через 3 дня. Со своей стороны гинекологом предложена госпитализация (тубная беременность?).

В течение 4 дней пациентка обследовалась в стационаре: УЗИ (2 раза) — данных за ВМБ не получено, «избыточно выраженный Э»; кровь на ХГ — концентрация гормона соответствовала нижней границе нормы при маточной имплантации сроком 3 НБ; выскабливание полости М (К. в беременности не заинтересована) — гистологическая картина «ультрасекреторной» ЖГЭ.

Такое заключение, с одной стороны, уточняло функциональную природу циклического нарушения и наличия в М избыточно выраженного Э; с другой стороны — поясняло положительную реакцию крови и мочи на ХГ, так как именно при персистенции ЖТ, протекающей с развитием ЖГЭ, нередко наблюдаются положительные результаты гравитестирования.

С диагнозом «нарушение менструального цикла, ЖГЭ» женщина выписана из больницы. Однако через 1,5–2 дня прекратившаяся после выскабливания метроррагия возобновилась в том же виде, как и до госпитализации; а через 4 дня, ночью, развился сильный болевой приступ. Боли (внизу живота, больше справа) были схваткообразными, иррадиировали в крестец и продолжались в течение 40–50 мин. Потом приступообразный характер болей постепенно сменился на незначительные ноющие алгические ощущения. Вызванная родственниками бригада неотложной мед. помощи признаков острого живота не обнаружила, но было высказано предположение об обострении хронического аднексита после выскабливания М. Рекомендовано на следующий день обратиться в ЖК.

Гинекологический осмотр показал наличие справа от М крупного болезненного О «колбасовидной» формы. Назначения: 1) срочная госпитализация с диагнозом «нарушенная правосторонняя трубная беременность»; 2) до приезда «транспорта» — УЗИ (cito).

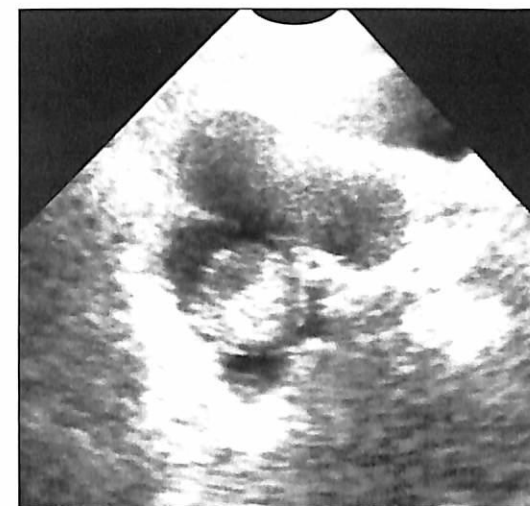


Рис. 51. Острое течение трубного аборта с формированием: во-первых, крупного гематосальпинкса, в нижней части которого (воронко-фимбриальный отдел трубы) имеется отторгнутое, но не эвакуированное из МТр в брюшную полость Пл/Я; во-вторых, перитубарной гематомы — нерезко выраженного гемоперитонеума, локализующегося около нижнего полюса гематосальпинкса.

Трансабдоминальное УЗИ с полупустым МП. Две эхограммы правой параметральной области, где обнаружено жидкостное образование неправильной Г-образной (или ретортообразной) формы, с несколькими не-



полными перетяжками просвета, общей протяженностью 98 мм и 32 мм в поперечнике. Содержимое большей частью мелкодисперсное. На этом фоне в нижней части патологической полости лоцируется дополнительное (внутреннее) мягкотканно-жидкостное О — с асимметрично утолщенными стенками (до 11–12 мм по нижне-медиальному краю) и овальным амнионом (12 × 7 мм), с множественными мелкотяжевыми включениями. Общие размеры внутриполостного объекта 25 × 14 мм, контуры местами тяжистые. *Эхокартина отслоенного от плодовместища погибшего эктопического Пл/Я, смещенного в нижний отрезок заполненной кровью МТр и стенозирующего ее фимбриальное отверстие.* В области нижнего полюса гематосальпинкса и, в меньшей степени, вдоль его медиальной стенки имеется небольшое скопление свободной жидкости — перитубарная гематома.

Операция — неполный трубный выкидыш и гематосальпинкс с перитубарной гематомой. Правая МТр значительно расширена почти на всем протяжении, резко гиперемирована. В полости м/таза, рядом с дистальным отрезком трубы, — небольшое количество крови. Из абдоминального отверстия трубы выступает Пл/Я с ворсинками хориона. Бахромки укорочены, сглажены, плотно прилежат к наружной поверхности Пл/Я. Из фимбриального отверстия подтекает темная кровь. Мелкие перитубарные спайки в области ампулы и фимбрий.

Если гематосальпинкс при неполном трубном аборте своевременно не диагностируется (что наблюдается редко), то острое течение второй фазы ВМБ переходит в подострую форму... и завершается массивным внутрибрюшным кровотечением из-за усиления интратубарной геморрагии и одновременного опорожнения гематосальпинкса.

Для II фазы (нарушения, прерывания) ампулярной трубной беременности свойственно подострое (15–24%) и хроническое (68–75%) течение трубного аборта, вместе составляющие не менее 90% данного осложнения. В зависимости от выраженности клинических симптомов продолжительность патологического процесса (то есть время, прошедшее от появления первых субъективных признаков до оперативного вмешательства) при подостром течении колеблется от 5 суток до 2 недель, при хроническом — от 2 недель до месяца (изредка более месяца). Столь значительная продолжительность заболевания, особенно при хроническом течении, объясняется слабой выраженностью симптоматики (в первую очередь — болевого синдрома) и стертой, неспецифичностью клинической картины, что детерминирует сложность диагностики и позднее обращение больных к гинекологу или сразу на УЗИ.

Последнее положение в основном относится к пациенткам, заинтересованным в сохранении беременности, которые после подтверждения факта зачатия положительным гравитестом не спешат встать на учет в ЖК в период БРС или провести раннюю УЗ-манифестацию. Напротив, женщины, настроенные на прерывание беременности, в большинстве случаев стремятся сделать это как можно раньше — с 2–3 до 6 НБ, когда допускается применение «шадающих» методик искусственного аборта (вакуум-аспирация, медикаментозный выкидыш). Поэтому, независимо от наличия или отсутствия, а также степени выраженности каких-либо тревожных симптомов, они обращаются на УЗИ при менструальной задержке от 3–7 до 20 дней. Таким образом, практика прерывания нежелательных беременностей на ранних сроках, с обязательно предшествующим УЗИ, оказывается (пусть это звучит несколько парадоксально) главным фактором ранней диагностики ВМБ. Отсюда напрашиваются еще два вывода: 1) выполнение мини-аборта без предварительной

эхолокации, однозначно свидетельствующей о маточной имплантации, недопустимо; 2) нужно осудить бытующее до настоящего времени среди некоторых гинекологов (преимущественно сотрудников гинекологических стационаров) и, кстати, широко пропагандируемое ими мнение о низкой эффективности и опасности амбулаторных способов прерывания БРС — оно неверно с «чисто технических» и моральных позиций, а также наносит существенный вред, так как значительно уменьшает шансы ранней диагностики ВМБ или вообще сводит на нет такую возможность.

При подостром характере трубного аборта (15–20%) полная отслойка Пл/Я от плодовместища происходит, в отличие от острой формы этого осложнения, далеко не сразу. Первоначально имеет место частичная отслойка хориона, вызывающая небольшое по интенсивности и объему интратубарно-брюшное кровотечение. В связи с этим неожиданно возникающие боли выражены в умеренной степени. Во всяком случае они, как правило, более или менее стойко переносятся пациентками, не сопровождаются ухудшением общего состояния и не требуют вызова неотложной («скорой») медицинской помощи. В большинстве наблюдений на следующий день от начала болей, или в тот же день, женщина сама приходит на прием к гинекологу или, предвосхищая его рекомендацию — сразу в кабинет-УЗИ. Обычно болевой синдром держится в течение нескольких часов. Затем кровотечение останавливается, и боли на некоторое время проходят. Или же, при общем хорошем самочувствии, остается чувство тяжести внизу живота. Параллельно, в течение первых суток от начала алгического приступа, примерно у 77–80% больных появляются (или возобновляются) скудные, но стойкие кровянистые (темные) выделения, что служит дополнительным аргументом для обращения в ЖК. Продолжительность «светлого» (безболевого) промежутка, на протяжении которого кровянистые выделения также могут прекратиться, составляет от 1 до 3–5 дней, после чего, под влиянием сокращений МТр и разрушительного действия хориона, сохранившего связь с эндосальпингсом, развивается повторное интратубарное кровоизлияние — возобновляются боли. Зачастую они бывают схваткообразными и более интенсивными и/или длительными, чем первый приступ. Реже — наоборот. Продолжаются или снова появляются темные выделения из половых путей. На их фоне в единичных наблюдениях отмечается отхождение обрывков децидуальной ткани. Нередко присутствуют явления пареза кишечника — метеоризм, запоры или жидкий стул.

Мочевые тесты на ХГ, как правило, положительные в короткий период ненарушенного развития, после болевого приступа (приступов) в 20–27% случаев дают отрицательный ответ или становятся неинформативными. Данное явление объясняется недостаточной разрешающей способностью методики в условиях частичной отслойки Пл/Я, когда общее число функционирующих хориальных ворсин уменьшается. Однако по прохождении некоторого времени после приступа ответ гравитеста часто становится положительным. В то же время чувствительность и специфичность анализа сыворотки крови на ХГ не меняются — слабоположительная реакция в 90–98% наблюдений.

В тех случаях, когда ВМБ не распознается (хотя бы ориентировочно — в виде подозрения) на протяжении двух алгических состояний (около недели и больше), интратубарно-брюшное кровотечение неизбежно повторяется (с соответствующими субъективными проявлениями). Оно может возникать до 4–5 раз — дробный характер кровоизлияния с периодически возобновляющейся частичной отслойкой зародыша, не оказывающий заметного влияния на общее состояние больной. Во время одного из таких эпизодов происходит отторжение от плодовместилища травмированного и обычно уже погибшего Пл/Я с полной или частичной эвакуацией его из яйцевода. При этом наблюдается особенно сильное кровоизлияние, поскольку повреждается наибольшее число сосудов и одновременно опорожняется интратубарная гематома. Развивается выраженный болевой синдром (в ряде случаев с явлениями перитонеально-геморрагического шока), вызванный не только обильным кровотечением в полость м/таза, но и значительной травмой эндосальпинкса во время отторжения зародыша, а также энергичными и продолжительными сокращениями МТр в процессе изгнания гравидарно-геморрагического содержимого. Одним словом — подостро протекающий (от 5 дней до 1,5–2 нед.) трубный аборт переходит в острую фазу, что является наиболее типичным исходом данного варианта заболевания... не распознанного своевременно. Значительно реже подострая форма рассматриваемого осложнения, после нескольких повторных алгических приступов (или даже после первого приступа), приобретает затяжной характер.

Вялотекущий трубный аборт или **хроническое течение** фазы прерывания ампулярной трубной беременности — наиболее частый вариант этой патологии. Встречается как минимум в 65% случаев ампулярных имплантаций*.

Патогенетически хронический характер ВМБ, когда нет отчетливого разделения на фазы прогрессирования (I) и нарушения (II), детерминирован отсутствием более или менее выраженного интратубарного кровотечения. При этом, как уже отмечалось в главе I (в разделе «Патогенез...»), на границе эктопического хориона и эндосальпинкса наблюдается незначительное, но все же избыточное (превышающее всасывающую способность трофобласто-хориона) и постоянное ретрохориальное кровоизлияние, приводящее к образованию геморрагического депо в указанном месте. Из него минимальные по объему порции крови непрерывно, но медленно поступают в эндосальпинкс, окружающий Пл/Я, что постепенно вызывает формирование околозародышевой интратубарной гематомы. Этому способствует развитый и чрезвычайно ветвистый рельеф слизистой ампулы МТр, на складках которой задерживаются (оседают) и накапливаются продукты вялотекущей ретрохориальной геморрагии (в виде сгустков, фибриновых пленок и, в меньшей степени, жидкости). Под действием околозародышевой гематомы возникает незначительно выраженная частичная отслойка Пл/Я, которая медленно (из-за низкой интенсивности местной геморрагии) прогрессирует. В ворсинах хориона развиваются дегенеративно-дистрофические изменения, нарушается питание эмбриональной камеры, что приводит к гибели эмбриола-

* Наиболее приемлемым представляется показатель, соответствующий 68–75% и чаще (по некоторым данным — превышает 80%).

ста, как правило, до 4 НБ. Конечно, содержимое околозародышевой гематомы подтекает через фимбриальное отверстие в брюшную полость, но в незначительном объеме, недостаточном для развития сильных болей. Поэтому характерных для острой и подострой форм трубного аборта алгических приступов при хроническом течении ВМБ не наблюдается. Низкий темп всех приведенных выше процессов в МТр предопределяет, во-первых, значительную длительность заболевания (от 2 нед. до 1 мес. и свыше) и, во-вторых, небольшую выраженность алгических ощущений.

У 25–33% больных с хроническим течением ВМБ болей не отмечается вообще — до перехода патологического процесса в подострую или острую форму имеет место так называемая безболевая форма трубного аборта.

В 60% случаев предъявляются жалобы на непостоянные, несильные, ноющие боли внизу живота без отчетливой иррадиации; с примерно одинаковой частотой — «разлитые» в полости м/таза или на стороне беременной трубы. У 10–15% женщин указанные алгические явления бывают относительно постоянными. Боли при вялотекущем трубном abortе связаны с растяжением стенок и брыжейки МТр околозародышевой гематомой и, в меньшей степени, вызваны подтеканием незначительных порций крови в брюшную полость, а также — присоединяющимся воспалительным процессом. Постоянный характер болей, как правило, наблюдается при образовании перитубарной гематомы. Иногда вместо болей пациентки жалуются на чувство тяжести в области М и пояснице. У большинства же пациенток ноющие боли, ощущение тяжести внизу живота и «спокойные» периоды могут в разных сочетаниях сменять друг друга.

Таким образом, при вялотекущем трубном abortе болевые ощущения никак не могут быть отнесены к разряду специфического для эктопической имплантации признака, что, в основном, и определяет такое понятие, как «стертость» клинических проявлений хронической формы ВМБ.

В связи с этим в рассматриваемой ситуации наиболее значимым явлением следует признать мажущие темные выделения из половых путей. Наличие их на фоне задержки месячных или необычного характера последней менструации, и тем более — в сочетании со слабыми ноющими болями, можно расценивать в качестве относительно надежного и, пожалуй, единственного субъективного симптома, позволяющего сделать предположение о трубной беременности при хроническом ее течении*. По данным разных авторов, частота слабо выраженной метроррагии при ВМБ колеблется от 50 до 92%, но более реальным для вялотекущего трубного аборта представляется 70%-й показатель. Мажущие выделения темного цвета могут быть прерывистыми или постоянными и, начавшись в первые 1–1,5 недели после задержки, полностью не прекращаются вплоть до хирургического удаления эктопического трофобласто-хориона. Сравнительно высокая частота незначительно выраженной метроррагии и раннее ее начало при хроническом течении ВМБ обусловлены низкой ХГ-продуцирующей способностью хо-

* Многие специалисты, длительное время изучающие данную проблему, считают, что приведенное положение вполне справедливо и в тех случаях, когда пациентка не упоминает о менструальной задержке или нетипичности последних месячных — т.е. не считает себя беременной, а только предъявляет жалобы на появление продолжительных скудных кровянистых выделений.

риона, находящегося в условиях недостаточного кровоснабжения практически сразу после имплантации бластоцисты в ампуле **МТр**.

Целесообразно еще раз подчеркнуть упорный характер данного симптома — метроррагия не поддается медикаментозной коррекции (противовоспалительное лечение и гормонотерапия неэффективны) и не останавливается даже после выскабливания полости **М**.

Примерно в 25% случаев кровянистых выделений не наблюдается вследствие индивидуально высокой функциональной резистентности ЖТ у ряда больных.

Так же, как и в случае подострой формы, хроническому течению ВМБ в 63—70% наблюдений сопутствует нерезко выраженный рефлекторный парез кишечника. Пациентки могут предъявлять жалобы на вздутие живота (временное или постоянное), сопровождающееся ощущением тяжести и плохим отхождением газов; и реже — на нарушение дефекации. В отдельных случаях (например, если отсутствуют метроррагия и боли) указанные явления оказываются одной из основных, после менструальной дисфункции, жалоб.

Результаты тестирования на ХГ в основном такие же, как и при подострой форме трубного аборта: 1) использование количественной методики определения гормона трофобласта в крови дает почти неизменно (до 98%) положительный ответ с пониженными, по сравнению с маточной беременностью того же срока, уровнями ХГ; 2) мочевые гравитесты в 20—23% случаев (наиболее реален 20%-й показатель) хронического течения ВМБ показывают отсутствие беременности или же неинформативны, когда однозначная трактовка результата в ту или иную сторону (есть беременность или нет) затруднена или вообще невозможна. У ряда больных при выполнении тестирования мочи в динамике отмечается противоречивость данных — если первичный ответ(ы) был положительным, то повторное исследование(я) может быть отрицательным (а потом опять положительным), и наоборот. Непостоянство результатов динамического тестирования мочи на ХГ в процессе вялотекущего трубного аборта обусловлено существенными колебаниями функциональной активности трофобласта, вызванными возобновляющимися эпизодами незначительной и неполной отслойки Пл/Я, во время которых концентрация ХГ в моче падает ниже уровня, доступного определению. Подобный, на первый взгляд противоречивый, вариант мочевых гравитестов отнюдь не говорит об отсутствии беременности как таковой, а свидетельствует о патологическом ее характере; в частности, косвенно — о внематочной имплантации. В целом же, несмотря на определенный процент ложноотрицательных результатов, информативность тестирования мочи на ХГ при хроническом течении ВМБ следует признать довольно значительной (75—80% и выше), особенно в комплексе с анамнестическими и эхографическими данными. Во всяком случае — достаточной и весьма полезной для оперативного получения общего представления о состоянии пациентки и выбора тактики дальнейших лечебно-диагностических мероприятий, которые должны проводиться с учетом как «20%-й зоны артефакта», так и возможности получения разнородных ответов в процессе динамического исследования.

Гинекологическое исследование при затяжном течении трубного аборта в большинстве случаев малоинформативно. За исключением тех редких наблюде-

ний, когда при вагинальном исследовании справа или слева от **М** определяется патологическое **О** (вытянутой формы, болезненное). Однако, как показали клинико-эхографические сопоставления, в 35—48% наблюдений такие пальпаторные находки обусловлены наличием кисты ЖТ Я.

* * *

Эхографические проявления подострого и хронического вариантов течения трубного аборта в качественном отношении схожи друг с другом и поэтому могут быть рассмотрены в одном разделе. Отличия касаются только объема поражения и выраженности УЗ-симптомов, зависящих от интенсивности интратубарно-брюшного кровотечения и, в меньшей степени, от продолжительности эктопического гравидарного процесса.

Главные УЗ-показатели прерывания (нарушения) ампулярно-трубной беременности, отсутствующие на эхограммах в фазу ненарушенного развития (прогрессирующая беременность), немногочисленны — обнаружение крови в просвете **МТр** (*околозародышевая гематома, гематосальпинкс*) и небольшого количества свободной жидкости в полости м/таза (*ограниченный гемоперитонеум*).

Сравнительный анализ симптомов трубного аборта позволяет разделить получаемые при УЗИ данные на три части.

□ Основные признаки, свидетельствующие как о трубной имплантации, так и о нарушенном характере ВМБ.

1. Отсутствие в полости **М** Пл/Я у женщины с подозрительным на БРС (более 3–4 НБ) нарушением менструальной функции, особенно в сочетании с положительным гравитестом (или хотя бы одним положительным ответом из серии мочевых тестов на ХГ). Состояние Э: утолщенная свыше 10—12 мм слизистая, как правило, со структуральными явлениями децидуально-гравидарной перестройки.
2. Наличие, справа или слева от **М**, параовариального мягкотканно-жидкостного или жидкостного **О**, являющегося следствием пролонгированного и малоинтенсивного интратубарного кровоизлияния, «не опорожненного» из **МТр** в брюшную полость, — УЗ-изображения расширенного просвета трубы, содержащего кровь со сгустками и частично или полностью отслоенное Пл/Я (или же его может быть не видно).

Разумеется, оба симптома (пп. 1, 2) имеют клиническое значение для установления факта нарушенной ВМБ или предположения об этом только в совокупности друг с другом. Из них первый играет подчиненную роль косвенного показателя эктопической имплантации, а достоверно доказанное присутствие в м/тазу параовариального патологического объекта — просвета **МТр** с гравидарно-геморрагическим содержимым, при прочих равных условиях, можно расценивать как прямой симптом прерывающейся трубной беременности.

3. В тех наблюдениях, когда на фоне интратубарной гематомы лоцируется эмбриональная камера (или, иначе, когда рядом с эктопическим

зародышем определяется интратубарное скопление крови), как правило, отмечаются УЗ-признаки гибели Пл/Я вследствие частичной или полной отслойки его кровью.

- Второстепенный, с чисто эхографических позиций, признак подостро или вялотекущего трубного аборта.

Небольшое количество свободной жидкости в естественных углублениях м/таза как результат экстратубарного кровотечения (из беременной МТр в брюшную полость). В сочетании с приведенными выше двумя симптомами данный признак дополняет эхокартину прерывающейся ВМБ и дополнительно подтверждает этот диагноз. Если же просвет МТр с гравидарно-геморрагическим содержимым не выявляется (эхо-негативная форма трубного аборта), то наличие ограниченного гемоперитонеума позволяет врачу-УЗИ, в случае отсутствия Пл/Я в М и т.д., не более чем заподозрить нарушенную эктопическую беременность.

- Сопутствующие детали эхокартины.

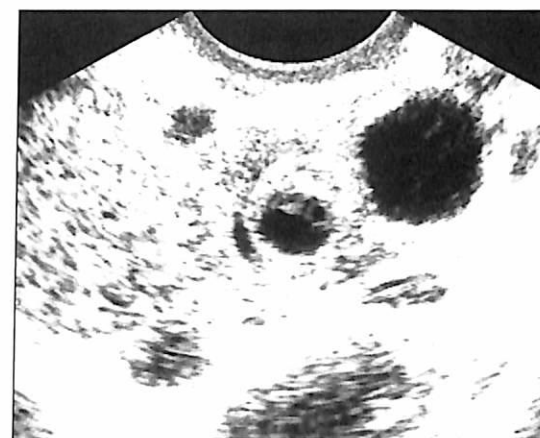
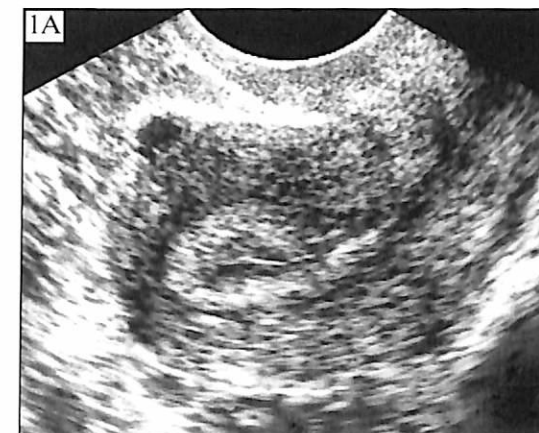
В большинстве наблюдений М не увеличена. У 20–27% больных размеры ее соответствуют 5–6 НБ. Прогностическое значение этого явления невелико как из-за небольшой частоты, так и потому, что указанная степень увеличения М соответствует верхней границе нормы (для рожавших женщин), а также зачастую наблюдается при хронической гиперэстрогении. Миометрий не изменен. Расширение и обогащение интрамуральных сосудов миометрия встречается в 35–42% наблюдений. Я не увеличены, нормальной мелкофолликулярной структуры или в одном из них определяется ЖТ-беременности. В 54–68% случаев отмечается расширение параметральных и параовариальных вен, обычно с двух сторон. Нередко, и преимущественно при хроническом течении ВМБ, выявляются спаечные изменения.

Начальные УЗ-симптомы трубного аборта заключаются в визуализации около эктопического Пл/Я небольшого количества жидкости — **Пл/Я и ретрохориальная гематома**. Локальное интратубарное скопление крови рядом с амнионом фактически является отражением избыточного кровоизлияния на границе хориона и эндосальпинкса, в результате которого формируется иногда видимая при эхолокации ограниченная ретрохориальная гематома. Структура ее однородная; форма серповидная — дугообразно охватывает наружный край эмбриональной камеры с отслойкой 10–35% ее поверхности. При этом большая часть ворсин хориона сохраняет связь с плодместилищем, и поэтому качественные и количественные параметры зародыша (размеры и строение амниона, толщина оболочки) соответствуют таковым при ненарушенном развитии ВМБ. То есть имеет место прогрессирующая трубная беременность с минимально выраженными признаками прерывания в виде незначительной по объему, но уже выявляемой эхографически ретрохориальной гематомы. Прицельная компрессия чаще всего безболезненна. Во время тракций ТВ-датчиком Пл/Я и интратубарное геморрагическое депо смещаются вместе. Свободной жидкости в м/тазу обычно нет.

Рис. 52.1, 2. Начальная стадия трубного аборта. Незначительная ретрохориальная гематома как показатель начинающегося нарушения ампулярной трубной беременности.

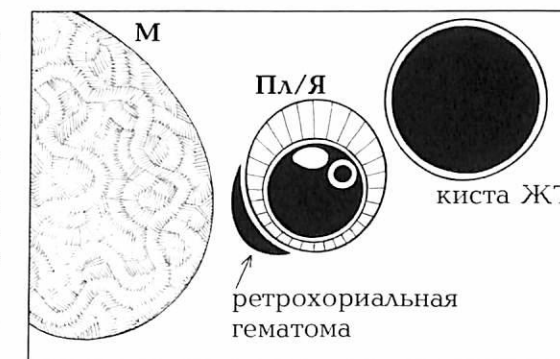
В обоих случаях эхографические параметры интратубарной эмбриональной камеры соответствуют фазе прогрессирующей беременности (рис. 52, 1 — 5 НБ; рис. 52, 2 — 4 НБ).

1А. М не увеличена, миометрий не изменен. Э = 14–15 мм с явлениями децидуальной перестройки: по периферии слизистой видна довольно широкая зона повышенной плотности, окружающая менее плотную губчатую ткань, разделенную тонкой эхопозитивной линией; без четких границ.



1Б — два почти одинаковых экосреза М, Я и эктопического Пл/Я, выполненных при разных технических условиях сканирования. В нижней части левой параметральной области, между М и Я (с кистой ЖТ, 24 мм в Ø), имеется внематочная эмбриональная камера (Ø амниона 13 мм, толщина капсулы до 6 мм) с пульсирующим эмбрионом и желточным мешком в просвете → **эктопическое Пл/Я, 5 НБ**.

Вдоль наружной поверхности медиальной стенки Пл/Я лоцируется четко очерченный эхонегативный участок: серповидной формы, 8 × 3 мм, однородной структуры → **незначительное по объему ретрохориальное геморрагическое депо**.



2. Аналогичное наблюдение (другая больная).

Ф., 24 лет (3 аборта, не рожала; контрацепция — coitus interruptus). Задержка месячных около 2 недель, мочевого тест на ХГ ⊕. Жалоб нет. УЗИ перед мини-абортом.

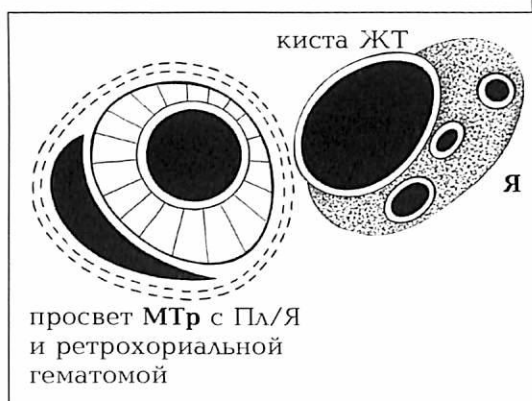
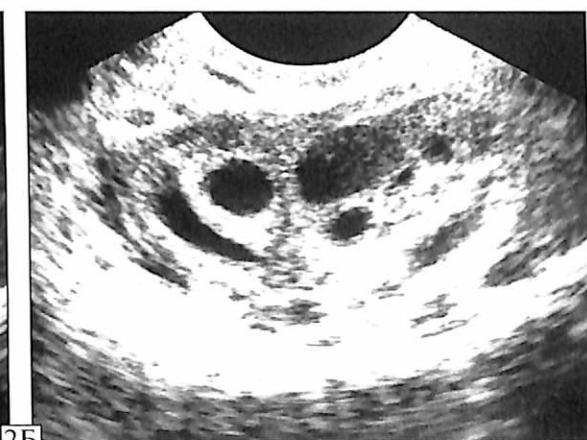
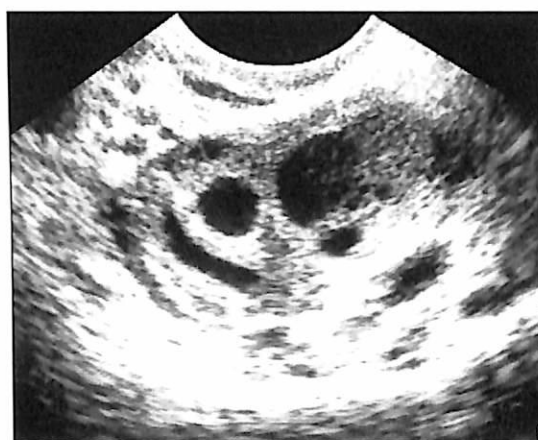


2А. Обзорная эхолокация с полным МП. М несколько больше нормы, миометрий имеет обычный вид. В полости ее виден утолщенный до 23 мм Э децидуального типа, без Пл/Я.

В правом Я определялась тонкостенная полость с однородным содержимым, а рядом с ним — патологическое О, подозрительное на ВМБ.

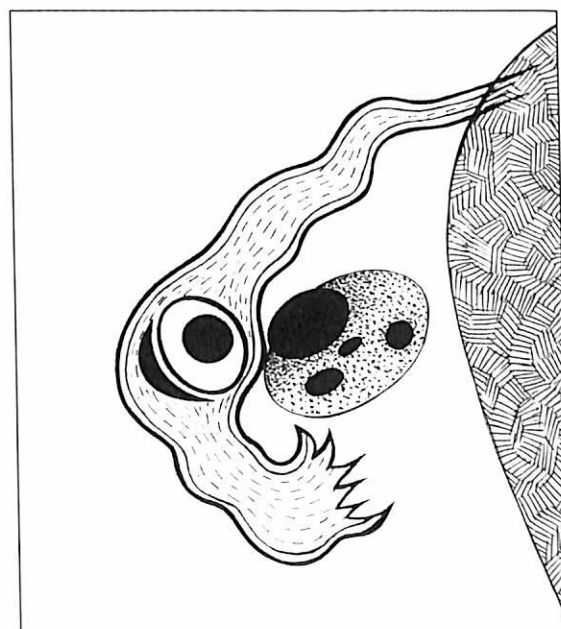
2Б. ТВ-УЗИ. Несколько отличающиеся друг от друга прицельные эхограммы правого Я и, одновременно, просвета правой МТр.

Латеральнее нижнего полюса Я (содержит кисту ЖТ) и несколько кзади обнаружено параовариальное жидкостное О, эхографические



качества которого (размеры, строение полости, характер стенок) соответствуют 4-недельной эктопической беременности.

Кроме того, вдоль утолщенной до 5–6 мм латеральной стенки Пл/Я выявлено небольшое интратубарное (ретрохориальное) скопление крови: 16 × 6 мм, серповидной конфигурации, однородное.



Свободной жидкости в полости м/таза нет. **Заключение:** правосторонняя трубная беременность, 4 НБ, с начальными признаками нарушения.

Дополнительная информация: 1) удовлетворительной визуализации эктопического Пл/Я, в частности — в качестве параовариального жидкостного объекта, способствовало присутствие рядом с ним кисты ЖТ Я; 2) наличие ретрохориальной гематомы, тесно примыкающей к наружной поверхности латеральной стенки эмбриональной камеры, позволило отчетливо проследить утолщенную до 5–6 мм зону дислокации ворсинчатого хориона; 3) локальная компрессия патологического очага безболезненна; во время прицельных тракций ТВ-датчиком Пл/Я и ретрохориальная гематома смещались вместе, но отдельно от пограничной стенки кисты ЖТ; 4) тот факт, что рядом с эктопическим Пл/Я располагались два сопутствующих жидкостных О (интратубарное — ретрохориальная гематома, экстраутубарное — киста ЖТ Я), сделал возможным проследить контуры стенок беременной МТр.

Представленные выше УЗ-находки, когда в МТр имеются сохранившее жизнеспособность Пл/Я и, одновременно, незначительная ретрохориальная гематома, встречаются редко. Обычно при ампулярной имплантации вялотекущее интратубарное (хориально-подслизистое) кровоизлияние развивается очень рано и вызывает гибель эмбрионального комплекса в сроки до 4 НБ.

Эхографические показатели погибшего Пл/Я.

1. Небольшие размеры амниона (7–14 мм) или, иначе говоря, значительное отставание объема гравидарной полости от ожидаемых (в случае прогрессирующей беременности) по гестационным подсчетам размеров.

2. Как правило, при этом отмечается истончение стенок Пл/Я (до 1–2 мм) из-за довольно быстро наступающей дистрофии хориальной оболочки.

Иногда приходится сталкиваться с довольно странной, на первый взгляд, картиной — сочетанием существенно утолщенных стенок с весьма небольшими размерами амниона, что является результатом, так сказать, постмортального (после гибели эмбриобласта) роста хориона. Это атипичный вариант развития эктопического зародыша, который может наблюдаться даже при значительном интратубарном кровоизлиянии, но только в условиях частичной отслойки Пл/Я от эндосальпинкса.

3. Строение амниона. Чаще всего в просвете видны множественные (реже — отдельные) мелкие эхопозитивные включения — сгустки крови как следствие интраамниального кровоизлияния. Иногда, если гибель зародыша произошла после 4–5 НБ, на этом фоне могут прослеживаться от 1 до 3 более крупных и плотных тяжевых включений — постмортальное изображение эмбриона и/или желточного мешка. Однородная структура содержимого амниона наблюдается редко и только в случае отсутствия внутриамниотического кровоизлияния, когда прекращение жизнедеятельности Пл/Я наступает до появления в нем внутренних эмбриональных структур (до 4–5 НБ). Но при этом обычно отмечают небольшие объем и толщина стенок гравидарного жидкостного О. Если же эмбриобласто-эмбрион погибает после 4–5 НБ и это не сопровождается интраамниальной геморрагией, то на фоне однородной жидкости видны линейные (дисковидные, тяжевые) элементы — остатки эмбриона и/или желточного мешка.

В ряде наблюдений УЗИ выполняется непосредственно сразу или в течение 1–3 суток после гибели эмбриобласто-эмбриона. Естественно, такое хронологическое совпадение носит случайный характер. Тогда размеры полости и толщина капсулы эктопического гравидарного объекта соответствуют таковым в фазу прогрессирующей беременности, а внутриамниотические структуры (видимые на фоне неоднородной или однородной жидкости) сохраняют общие черты, свойственные развивающемуся Пл/Я, но — несколько меньших размеров, более плоские и плотные и, конечно же, без каких-либо признаков пульсации.

Впрочем, варианты УЗ-строения погибшего в МТр Пл/Я многообразны, но в большинстве случаев выявляется небольшое жидкостное О с тонкими стенками и неоднородным (мелкодисперсным) содержимым.

Необходимо подчеркнуть, что с патогенетических и УЗ-диагностических позиций факт гибели зародыша является вторичным звеном морфологической и эхографической картины подострого и хронического трубного аборта. Первоочередное описание постмортального состояния эктопического Пл/Я (обязательное как в УЗ-протоколе, так и в тексте книги) нужно рассматривать в качестве традиционного принципа изложения материала. Главным субстратом прерывающейся ампулярно-трубной беременности является пролонгированное и малоинтенсивное кровотечение на границе хориона и окружающего его эндосальпинкса. Оно же служит основным «источником» эхографической симптоматики трубного аборта.

По мере медленного поступления незначительных порций крови в ретрохориальное пространство параллельно протекают два процесса: 1) постепенно нарастает степень частичной отслойки эмбрионального комплекса; 2) избытки крови проникают (просачиваются) между ветвистыми складками и ворсинками слизистой оболочки ампулы, задерживаются в межскладчатых (межворсинчатых) промежутках и в виде сгустков накапливаются там. Примерно вот так в просвете ампулы, рядом с имплантированным и уже частично отслоенным Пл/Я, образуется относительно ограниченное геморрагическое скопление — **околозародышевая гематома**, которая сразу не эвакуируется в полость м/таза, а довольно долго «удерживается» в просвете МТр, около Пл/Я. Это происходит, с одной стороны, из-за чрезвычайно сложного рельефа эндосальпинкса в ампулярном отделе, множественные складки и ворсинки которого тормозят продвижение небольших порций крови вниз; с другой стороны — вследствие незначительной выраженности и прерывистости «местного» кровотечения.

Данные УЗИ во многом (но, конечно, не полностью и не во всех наблюдениях) отражают морфологию этого процесса. Эхографические находки позволяют условно выделить две стадии формирования интратубарной околозародышевой гематомы.

I стадия характеризуется небольшими размерами геморрагического депо, локализующегося только на уровне Пл/Я, без существенного распространения по ходу МТр. На эхограммах: рядом с эктопическим эмбриональным объектом определяется ограниченный объем крови со сгустками — жидкость мелкодисперс-

ной структуры, вплотную примыкающая к наружной поверхности Пл/Я (отслойка 40–70%) и обычно выполняющая поперечный просвет трубы в этом месте, без существенного распространения вверх и вниз. Фактически в I стадию околозародышевая гематома представляет собой крупную ретрохориальную гематому, но с более существенной отслойкой зародыша, что обычно приводит к его гибели. А также, в отличие от II стадии — с пока еще начальными явлениями организации содержимого: сгустки крови находятся во взвешенном состоянии, прослеживаются не во всех отделах и имеют пока еще очень «нежное» строение, а в общей структуре интратубарного околозародышевого геморрагического депо преобладает жидкостной компонент. В 25–37% случаев локальная компрессия патологического очага сопровождается несильными болями. Во время тракций ТВ-датчиком Пл/Я и гематома смещаются вместе. Гемоперитонеума, как правило, нет.

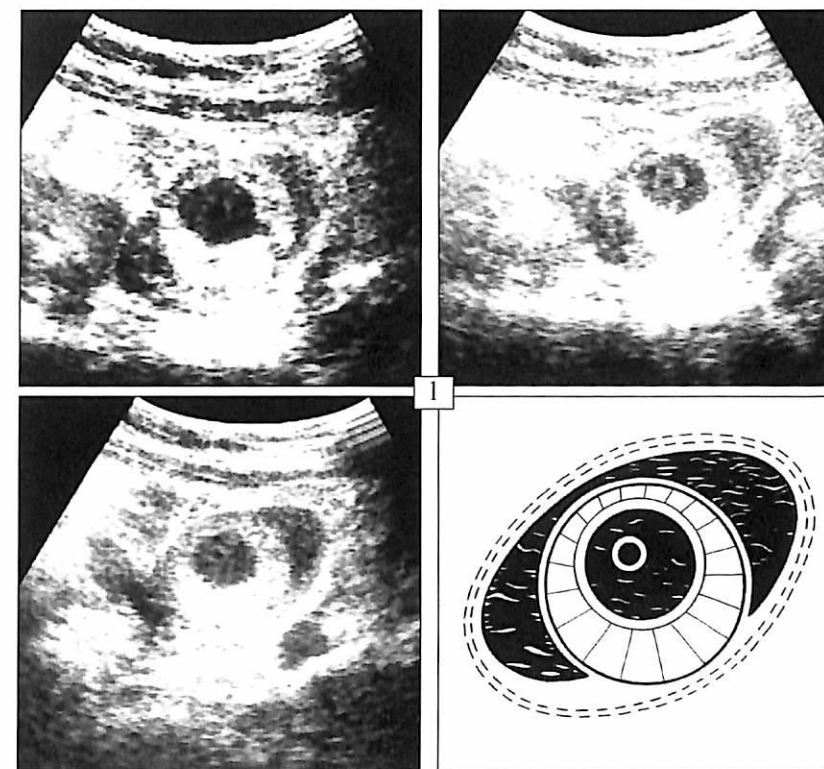


Рис. 53.1, 2. Ампулярная трубная беременность в фазе прерывания — погибшее Пл/Я (рис. 53, 1 — 4–5 НБ; рис. 53, 2 — 5 НБ), в области которого имеется небольшая околозародышевая гематома (I стадия) с отслойкой более 50% поверхности капсулы.

1. Трансабдоминальное УЗИ.

Серия прицельных эхограмм, полученных в процессе дозированной компрессии (безболезненной) через переднюю брюшную стенку параовариального мягкотканно-жидкостного О (48 × 35 мм), состоящего из: 1) эктопического Пл/Я после интраамниального кровоизлияния — общие размеры 30 мм в Ø (полость 17 мм в Ø, толщина капсулы от 3 до 8–9 мм), в амнионе видны множественные очень мелкие эхопозитивные включения (сгустки крови) и коль-

цевидное изображение желточного мешка; 2) околозародышевой гематомы — справа и слева от эмбриональной камеры и, в меньшей степени, в области верхнего ее полюса имеется локализованное вдоль части окружности Пл/Я скопление жидкости мелкодисперсного строения. На уровне нижнего полюса, где отмечается максимальная толщина хориальной оболочки, связь ее с плодоместилищем (стенкой МТр) не нарушена.

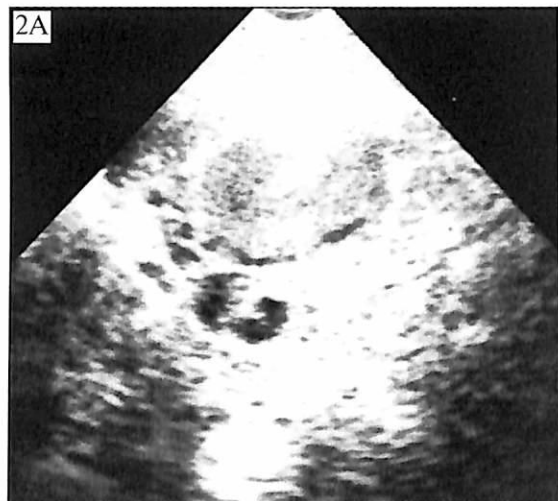
Та же картина определялась и при ТВ-сканировании. Однако в качестве демонстрационного материала в данном случае более показательными были результаты трансабдоминального УЗИ.

— . —

2. Аналогичное наблюдение (другая больная).

Т., 30 лет. В анамнезе 2 аборта и роды. Неоднократно — воспалительные процессы придатков М («хронический аднексит»). Повторный брак, в сохранении беременности заинтересована.

История заболевания. Через 3 дня от предполагаемого начала очередной менструации (небольшая задержка) пациентка заметила слабые темные выделения. Обратилась в ЖК: осмотр гинеколога — без особенностей, УЗИ — данных за беременность и патологию полости м/таза не получено. Рекомендовано тестирование на ХГ и УЗ-контроль через неделю. Мочевой гравитест ⊕. Метроррагия продолжалась 2–3 дня и самостоятельно прекратилась. Контрольная эхолокация — тот же результат (негативный в плане визуализации Пл/Я). Через неделю вновь появились кровянистые скудные выделения, которые не прекращались вплоть до следующей консультации (задержка месячных 17–18 дней). При гинекологическом осмотре отмечены следующие особенности: синюшный оттенок слизистых, темные мажущие поступления из цервикального канала, незначительная болезненность пальпации правых придатков М. Эти данные, в совокупности с анамнестическими сведениями и ⊕-тестированием на ХГ, позволили заподозрить ВМБ. Т. срочно направлена в кабинет УЗ-диагностики.



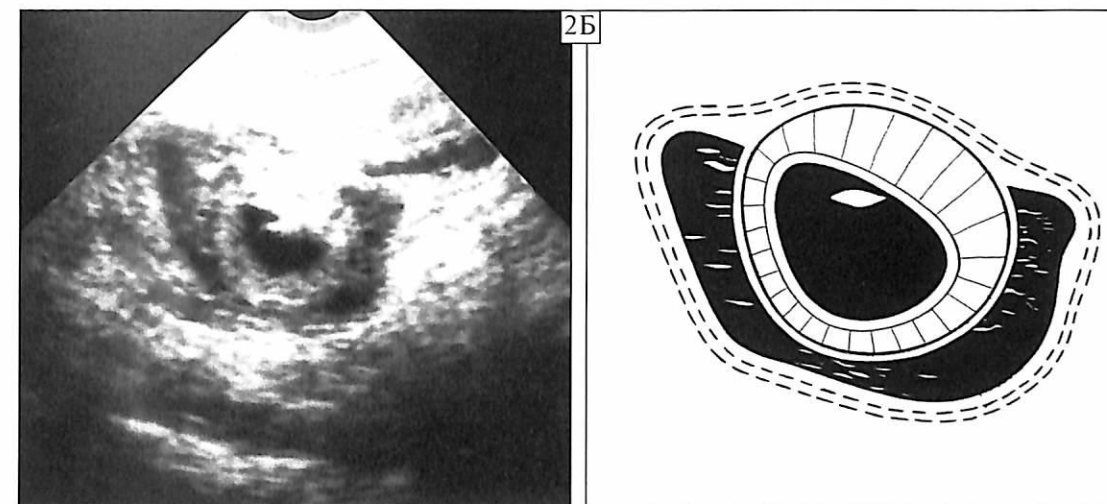
2А. Поперечный эхосрез на уровне нижней трети тела М.

В процессе обзорной эхолокации с пустым МП (больная специально к исследованию не готовилась) в полости М Пл/Я не обнаружено (Э = 14 мм), но позади М, больше справа, неотчетливо лоцировалось параовариальное (Я не изменены) мягкотканно-жидкостное О.

2Б. ТВ-УЗИ. Прицельная эхограмма внематочного гравидарного объекта.

Сканирование ТВ-датчиком достоверно доказало как наличие справа от М обнаруженного ранее патологического О, так и параовариальное расположение его. Это эктопическое Пл/Я, УЗ-характеристики которого соответствовали 5-недельной трубной беременности: в верхней части амниона, рядом с утолщенной до 7 мм капсу-

лой определяется (на фоне однородной жидкости) несколько уплотненный эмбрион, без пульсации. Рядом с погибшим Пл/Я выявляется тесно примыкающее к нему с трех сторон (справа, слева и, меньше, вдоль нижнего полюса) локальное скопление жидкости, местами мелкоячеистого строения (кровь со сгустками). В области верхнего полюса эмбриональной камеры, где толщина стенок достигает 7 мм (ворсинчатый хорион), жидкости не прослеживается — имеет место частичная отслойка Пл/Я. Общие размеры тубарного мягкотканно-жидкостного О 34 × 22 мм. Тракции его ТВ-датчиком несколько болезненны. Свободной жидкости нет.



Заключение: правосторонняя трубная беременность, 5 НБ, с нерезко выраженными явлениями нарушения — неполной отслойкой Пл/Я (околозародышевая гематома I стадии) и гибелью эмбриона, но без УЗ-признаков кровотечения в брюшную полость.

Операция: правая МТр утолщена в ампулярном отделе до 3,5 см, синюшного оттенка, сосуды брыжейки инъецированы. Стенка трубы в патологическом участке истончена, через нее «просвечивает» округлое О багрового цвета. Единичные перитубарные спайки. Крови в полости м/таза нет.

В большинстве наблюдений (рис. 53, 1 и 2) для I стадии образования околозародышевой гематомы характерно мелкоячеистое, мелкодисперсное («перистое») строение, так как сгустки крови находятся во взвешенном состоянии. При этом хаотически расположенные дисперсные элементы чередуются с участками однородной структуры. В ряде случаев (рис. 54) тромботические элементы скапливаются в нижней части интратубарной гематомы и могут лоцироваться в виде компактной неоднородной массы, несколько удаленной от Пл/Я, а рядом с ним определяется более или менее однородная жидкость.

Л., 28 лет. Обратилась в кабинет УЗИ перед консультацией гинеколога (по личной инициативе — «все равно отправят на УЗИ») в связи с менструальной задержкой 8 дней. Жалоб нет. Тест на ХГ, сделанный за 3 дня до исследования, отрицательный. При обзорном и ТВ-сканировании: М и Я без патологии, Э 14 мм, в полости М и за ее пределами Пл/Я не найдено. Свободной жидкости нет. Рекомендовано выполнить контрольное УЗИ через неделю. Однако на повторное исследование Л. пришла уже через 2 дня, так как появились жалобы на несильные боли тянущего характера внизу живота, больше справа, и скудные кровянистые выделения («...но не месячные»).

Обзорная эхолокация — данные те же, но рядом с правым Я замечено небольшое патологическое О неоднородной структуры. Для уточнения (правосторонний сальпингит на фоне циклического нарушения или ВМБ?) предложено повторить гравитест и после опорожнения МП (а также после повторного тестирования на ХГ) продолжить УЗИ в ТВ исполнении.

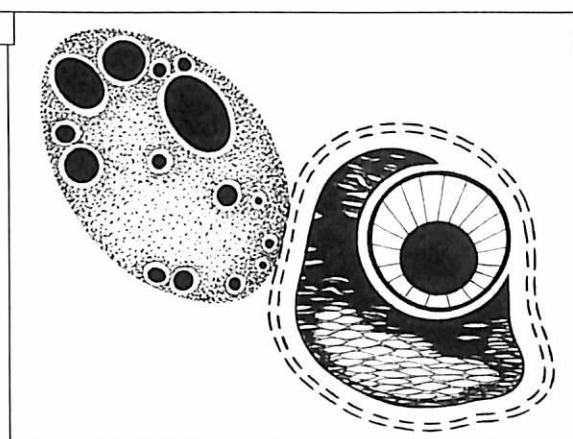
Дополнительная реакция мочи на ХГ положительная.



Рис. 54 (1, 2). Нарушенная ампулярно-трубная беременность. Подострое течение. Эктопическое Пл/Я и околозародышевая гематома (I стадия) с компактным скоплением организующихся сгустков крови.

1. Размеры М — верхняя граница нормы, ФМ-узлов нет. В ее полости: децидуальный Э, утолщенный до 14 мм; Пл/Я нет.

2. Правый Я не увеличен, с множественными фолликулами от 2–3 до 7 мм в Ø. Рядом с медиальным краем его нижнего полюса имеется патологическое параовариальное О, расцененное как УЗ-сечение беременной правой МТр, содержащей экто-



пическое Пл/Я (Ø амниона 5–6 мм, толщина оболочки от 2 до 5 мм) и небольшую околозародышевую гематому, в нижнем сегменте которой имеется плотный, но неоднородный геморрагический осадок. Общие размеры пораженного участка МТр — 26 × 17 мм.

Заключение: трубная беременность, справа, в фазе прерывания — с явлениями ограниченного интратубарного кровотечения (без гемоперитонеума) и частичной отслойкой Пл/Я.

На рис. 53 и 54 представлены наблюдения сравнительно недавней гибели эктопического зародыша (по отношению ко времени выполнения УЗИ), когда многие параметры УЗ-картины (состояние Пл/Я) соответствуют эхографическим и гестационным аналогам прогрессирующей трубной беременности. В то же время наличие кровоизлияния в амнион (рис. 53, 1), уплощение и отсутствие пульсации эмбриона (рис. 53, 2), выраженное «отставание» величины амниона (рис. 54), в совокупности с небольшой околозародышевой гематомой, вызывающей частичную отслойку эмбриональной камеры, свидетельствуют о прекращении жизнедеятельности Пл/Я.

Справедливости ради надо отметить, что указанные нюансы имеют в основном познавательное значение, так как позволяют показать разные грани эксоэмиотики прерывающейся ампулярно-трубной имплантации. Для больной же, а по

большому счету и для оперирующего хирурга, главное значение имеет сам факт эктопической беременности. Вся остальная информация — второстепенна. Однако уверенная (достоверная, доказательная) УЗ-констатация этой сложной для распознавания и многообразной гравидарной патологии требует дальнейшего, причем максимально подробного, рассмотрения различных модификаций и деталей эксосимптоматики нарушенной ВМБ.

При ограниченной, перифокальной относительно Пл/Я (околозародышевой), интратубарной гематоме с частичной отслойкой хориона и ранней гибелью эмбриобласта изредка отмечается уже описанный ранее атипичный вариант развития эктопического зародыша — за счет продолжающегося роста хориона без прогрессирования амниона. Это объясняется значительной резистентностью трофобласто-хориона к повреждающим факторам (ретрохориальному кровоизлиянию с частичной отслойкой). Указанное свойство детерминировано большой пролиферативной активностью незрелых, низкодифференцированных эмбриональных элементов, что и обеспечивает высокую степень их жизнеспособности. Именно поэтому хориальная оболочка иногда может медленно прогрессировать даже в неблагоприятных условиях неполной отслойки Пл/Я, получая «питание» из коллатералей от ворсин, пока еще сохранивших связь с эндосальпингсом.

На эхограммах (рис. 55) определяются весьма небольшие размеры амниона (с однородным или дисперсным содержимым, но без желточного мешка и эмбриона) и существенное, непропорциональное гипотрофированному амниону, равномерное утолщение капсулы (до 12–14 мм) эмбриональной камеры, частично отслоенной околозародышевой гематомой.

Т., 37 лет. Обследуется и лечится в течение месяца в связи с нарушением менструального цикла (последняя менструация была необычно скудной и короткой), вялотекущей прерывистой метроррагией и незначительными непостоянными болями внизу живота. За это время УЗИ сделано пять раз, с разными интервалами (три раза амбулаторно, в двух различных учреждениях; дважды — в гинекологическом стационаре). Общий итог эхографических исследований: 1) данных за беременность в М и за ее пределами не получено; 2) выявлено — небольшая киста левого Я («желтое тело?») и избыточно выраженный Э. Семь раз выполнялись мочевые грави-тесты, из которых два ответа отрицательных, три теста были неинформативными и два — с положительной реакцией. В больнице дважды проводилось тестирование крови на ХГ — первый результат отрицательный, второй был слабоположительным. Клинический диагноз: «нарушение менструального цикла, персистирующее кистозное желтое тело, железистая гиперплазия эндометрия, обострение хронического аднексита». Выскабливание полости М показало «Э в поздней стадии секрета с фиброзом стромы, элементов Пл/Я нет». Проведено противовоспалительное лечение, назначены гестагены. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии под наблюдение и для продолжения лечения в ЖК. Через 2 дня после выписки возобновились мажущие темные выделения из половых путей.

Повторное УЗИ (при ориентировочном гестационном сроке, если предположить гравидарный вариант клинической ситуации, 5–6 НБ).

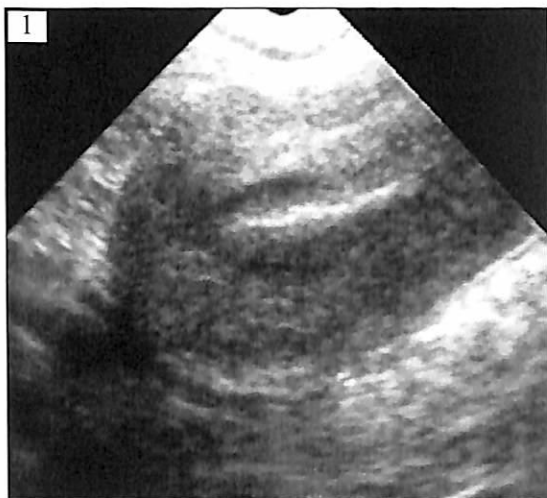


Рис. 55 (1, 2, 3). Хроническое течение ВМБ. Атипичное прогрессирование нарушенной ампулярно-трубной беременности — рост хориона при неразвивающемся амнионе, в условиях частичной отслойки Пл/Я небольшой околозародышевой гематомой.

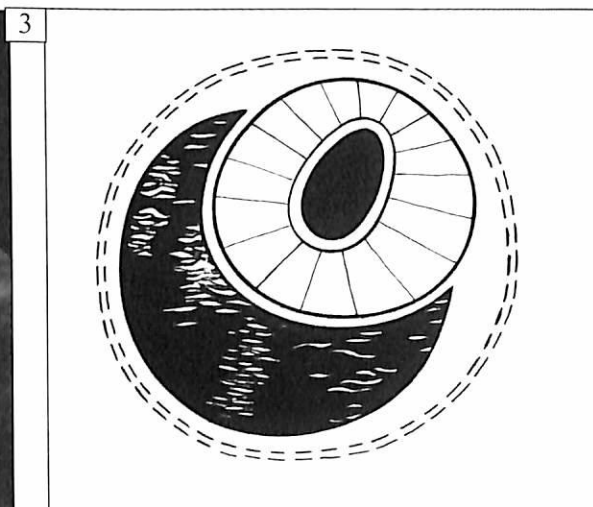
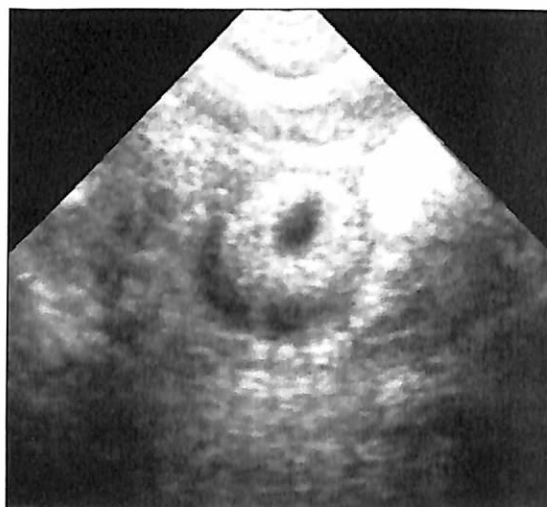
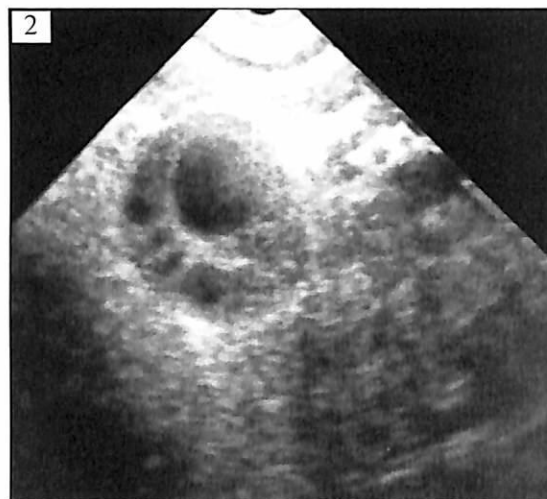
1. М не увеличена, обычного строения. Полость ее расширена до 12 мм (эхогенная зона в центре М), содержит линейное изображение (3–4 мм) организующихся сгустков крови — УЗ-картина «несократившейся» полости М через несколько дней после выскабливания.

2. Левый Я — 34 × 22 мм, множественные мелкие фолликулы и киста ЖТ в верхнем полюсе, 15 мм в Ø.

3. Прицельная эхограмма параовариального мягкотканно-жидкостного О, слева, 30 мм в Ø.

При смещениях ТВ-датчика кзади, вниз и медиальнее левого Я, между ним и М обнаружен эктопический эмбриональный объект правильной округлой формы (23 мм в Ø), с утолщенными до 9–10 мм стенками и овальной полостью в центре (9 × 4 мм). В области нижнего полюса и медиальной стенки внематочного Пл/Я имеется примыкающее к нему ограниченное скопление мелкодисперсной жидкости, не меняющее формы и положения в процессе полипозиционного контактного исследования.

Диагносцирована нарушенная ВМБ слева, со слабовыраженными явлениями интратубарного, «местного» кровоизлияния (околозародышевая гематома I стадии).



Кроме того, анамнестическо-эхографические параллели позволяли думать об анэмбрионии с гипотрофией амниона и персистенции хориальной оболочки.

Как видно из иллюстраций, околозародышевая гематома I стадии в большинстве наблюдений вызывает частичную отслойку эктопического эмбрионального объекта. Но у некоторых пациенток с ограниченным по объему интратубарным кровоизлиянием может определяться полная отслойка зародыша (рис. 56.1 и 56.2), характеризующаяся тем, что жидкая и полужидкая кровь со всех сторон (по всей поверхности) окружает эктопическое Пл/Я, которое оказывается во взвешенном состоянии («плавает») внутри геморрагического содержимого трубы. И в том, и в другом случаях на поверхности Пл/Я оседают мелкие сгустки крови, придавая его контуру тяжистый характер. Нередко на отслоенных хориальных ворсинках образуются более крупные геморрагические агрегаты, «прилипающие» к плодной оболочке в виде довольно грубых и компактных, плотных и неоднородных парахориальных наслоений. В таких участках капсула эмбриональной камеры становится неравномерно утолщенной, что придает объекту неправильно-выступообразную форму и тяжистый контур. Чаще всего это наблюдается при полной или субтотальной отслойке зародыша.

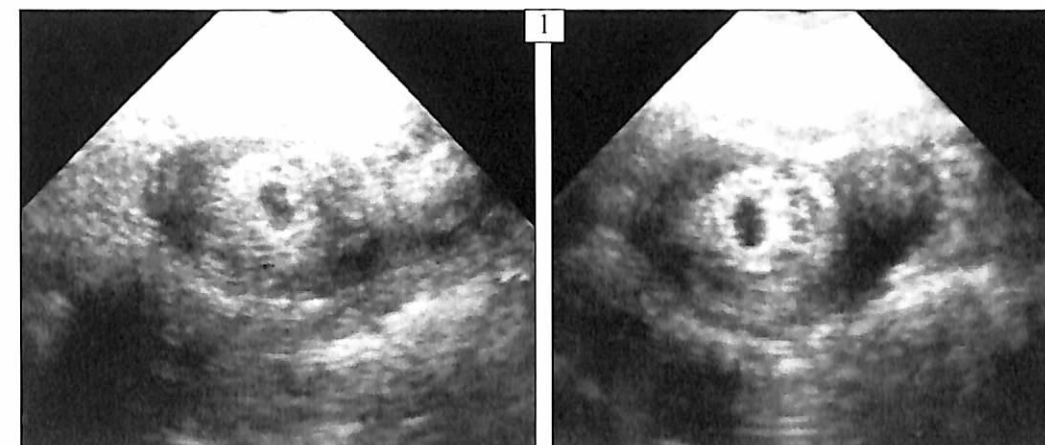
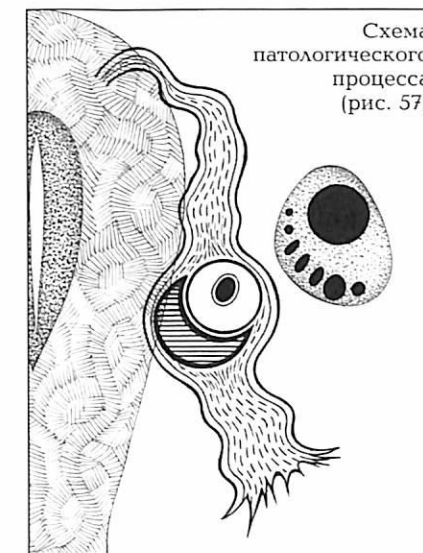
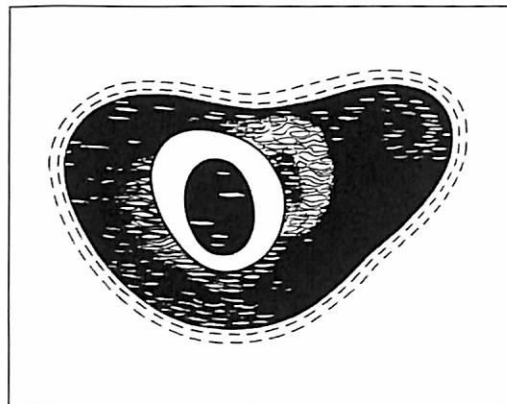


Рис. 56.1. Полная отслойка эктопического Пл/Я при ограниченном объеме местного интратубарного кровоизлияния.

Две прицельные эхограммы (схема на с. 174) патологического параовариального О (40 × 23 мм), представляющего собой просвет правой МТр, содержащей геморрагическое депо, со всех сторон окружающее эктопическое Пл/Я — в основном вдоль медиальной и латеральной поверхностей, в меньшей степени — в области нижнего и верхнего полюсов. Представляет интерес строение полностью отслоенной от стенок МТр кровью эмбриональной камеры. Амнион овальный, 9 × 5 мм, толщина капсулы от 3–4 до 6 мм. Почти во всех отделах, за исключением



латеральной части верхнего полюса, на поверхности Пл/Я видны множественные сгустки крови (тяжистый контур), а также компактное скопление плотного геморрагического осадка по верхне-медиальному краю. В совокупности эти поверхностные наслоения создают ложное впечатление о довольно значительном утолщении (до 11–12 мм) хориальной оболочки. Вместе с тем, истинное представление о ее состоянии можно получить с помощью весьма простого методического приема — при эхолокации в гиперконтрастном режиме парахориальные наслоения «распадаются» на отдельные тяжевые и мелкоглыбчатые эхопозитивные фрагменты, на фоне которых прослеживается более плотная и «замкнутая» гравидарная капсула.

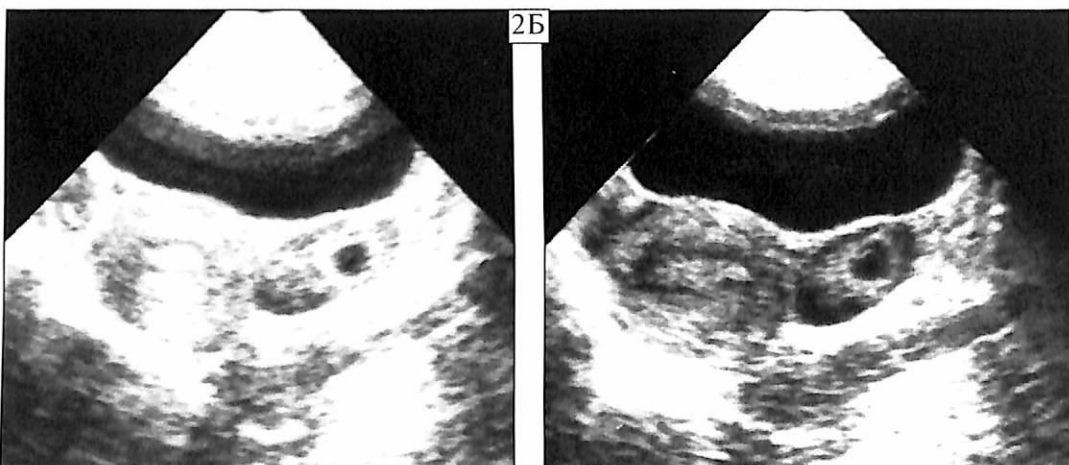
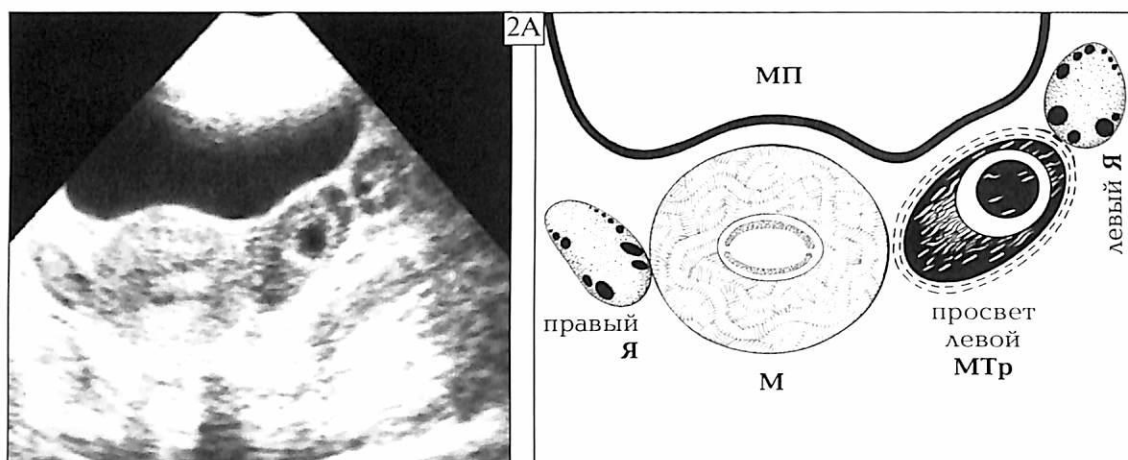


Рис. 56.2 (А, Б). Аналогичное наблюдение.

Представлены результаты трансабдоминального УЗИ.

2А. Обзорная эхограмма полости м/таза. Поперечная проекция, включающая изображение средней трети тела М, обоих Я и просвета левой МТр (между М и левым Я) с гравидарно-геморрагическим содержимым.

2Б. Две эхограммы левой параметральной области, на которых левый Я не виден (не попал в УЗ-сечения), но отчетливо выявляется расположенное рядом с М (а по отношению к Я — ниже, медиальнее и кзади) тубарное жидкостное О неоднородного строения: правильной овальной формы, 45 × 24 мм; в просвете имеется эктопическое Пл/Я (амнион 12 мм в Ø), полностью отслоенное от стенок МТр кровью с большим содержанием сгустков, находящихся в основном во взвешенном состоянии и частично «осевших» вдоль медиального контура (тяжистый) эмбриональной полости.

II стадия развития околозародышевой гематомы при хроническом течении ВМБ в основном отражает непрерывно нарастающий процесс организации сгустков крови. Объем геморрагического скопления увеличивается в умеренной степени или незначительно в силу слабой интенсивности и прерывистости интратубарного кровоизлияния. В результате в просвете трубы относительно длительное время присутствует более или менее постоянное количество крови, подвергающейся довольно быстрым тромботическим превращениям. Мелкие сгустки агрегируются в более крупные тромботические конгломераты и аморфные массы, оседающие на причудливо разветвленных складках и ворсинках эндосальпингса, между которыми сохраняются небольшие порции жидкой компоненты, насыщенной фибринозной взвесью.

Таким образом, II стадия околозародышевой гематомы характеризуется замещением жидкой и полужидкой крови (I стадия) плотными тромботическими включениями, превалирующими в общем объеме геморрагического интратубарного депо. Это приводит к тому, что при эхолокации за пределами М выявляется не жидкостное, а практически мягкотканное (реже — мягкотканно-жидкостное) инкапсулированное параовариальное О неоднородного, дисперсного строения — за счет множественных разнокалиберных эхопозитивных элементов преимущественно тяжелого типа (а также: зернистых, точечных, глыбчатых, ячеистых), заполняющих почти весь просвет лоцируемого отрезка трубы. Конфигурация его неправильно вытянутая (повторяет ход МТр), часто овальная. В процессе сканирования обычно получают поперечные и косые эхосрезы интратубарной гематомы, поэтому истинное впечатление о протяженности и форме патологического очага достигается путем вертикальных и вертикально-боковых смещений УЗ-датчика. В просвете тубарного О, на фоне указанных выше вторичных геморрагических включений, в 42–50% случаев удается увидеть почти всегда полностью отслоенную от плодовместилища полость погибшего Пл/Я: небольших размеров, часто деформированную, с тонкими стенками и, как следствие интраамниального кровоизлияния, с мелкими сгустками крови. Контур тубарного гравидарно-геморрагического объекта четкие, ровные или волнистые. В периферических отделах часто выявляется зона пониженной плотности — область перифокального отека на границе гематомы и стенок трубы. Локальная компрессия у 80–87% пациенток болезненна, обычно из-за сопутствующего воспалительного процесса.

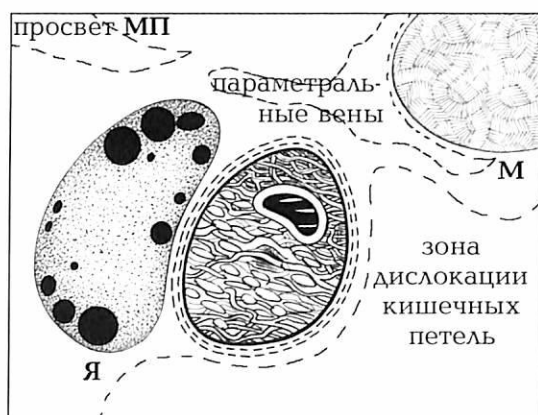
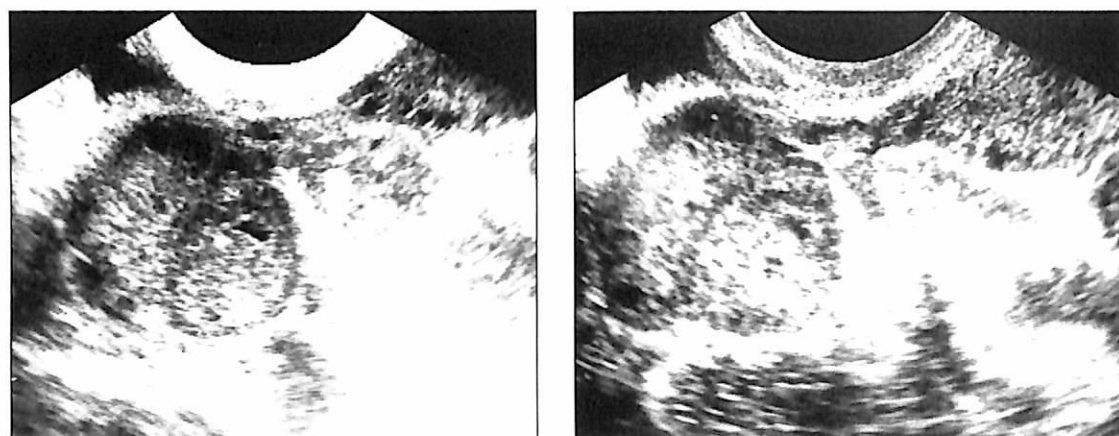
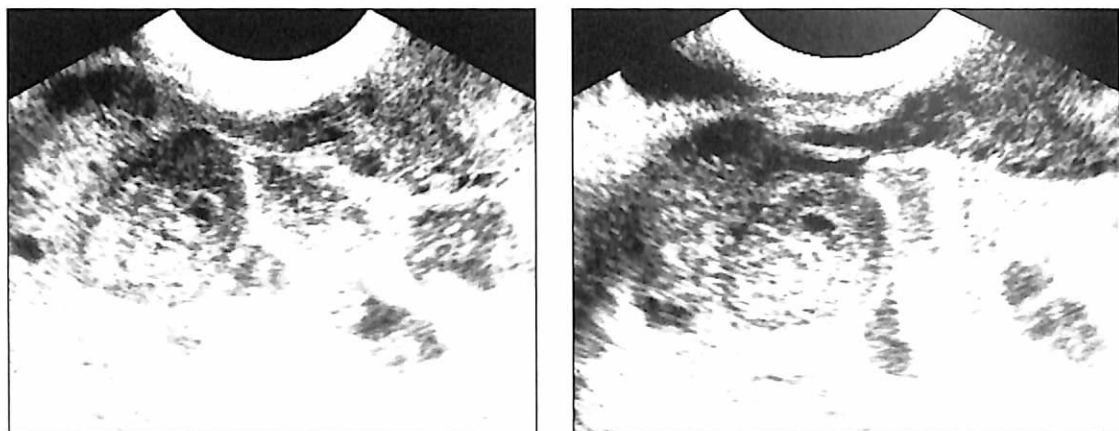


Рис. 57.1. Вялотекущий трубный аборт с формированием организованной тубарной гематомы, содержащей полностью отслоенное (и погибшее) Пл/Я — околозародышевая гематома II стадии.

Серия несколько отличающихся друг от друга эхограмм правой параметральной области, на которых представлены М (частично), правый Я, просвет МТр (рядом с Я), эхосрезы петель К (между М и МТр), обогащенный сосудистый рисунок (между Я и М).

На расстоянии 18–20 мм от края М и почти вплотную к медиальной поверхности Я выявляется параовариальное мягкотканно-

жидкостное О (инкапсулированное) с ровными и четкими контурами, 27×17 мм, неправильной овальной формы, грубодисперсного строения. Просвет его заполнен множественными эхопозитивными элементами — крупно- и мелкоячевыми, зернистыми и точечными. На их фоне в центре верхнего полюса определяется деформированная эмбриональная полость: 8×4 мм, стенки тонкие (1–2 мм), структура неоднородная из-за мелких сгустков крови.

— . —

А., 29 лет. Из анамнеза: месячные зачастую нерегулярные, болезненные; мини-аборт, дважды роды. Последние «месячные» наступили в примерно ожидаемое время, но были необычно короткими и скудными. Пациентка не придала этому факту особого значения, так как привыкла к нерегулярности менструальных циклов. Однако через 1 неделю (*бессимптомный период*) появились слабые кровянистые выделения, без привычных для менструации болей, продолжавшиеся 2–3 дня. Затем А. отметила специфические ощущения, знакомые ей по опыту предыдущих беременностей. Сделан мочевой тест на ХГ — $\oplus$, после чего женщина обратилась в УЗ-кабинет. Болей не отмечает, но, как выяснилось при направленном собеседовании, имеют место следующие, не акцентируемые больной, явления: периодически возникающий дискомфорт внизу живота («как перед менструацией»), умеренно выраженное вздутие живота.

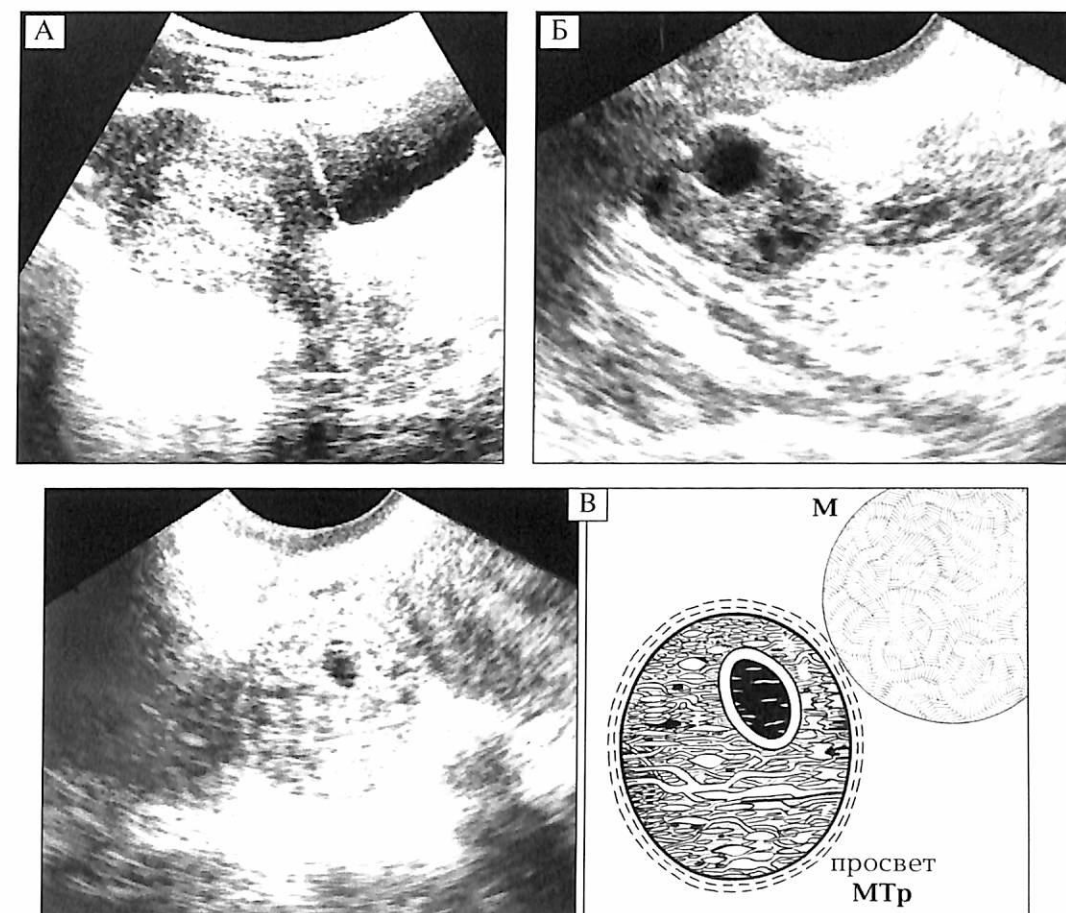
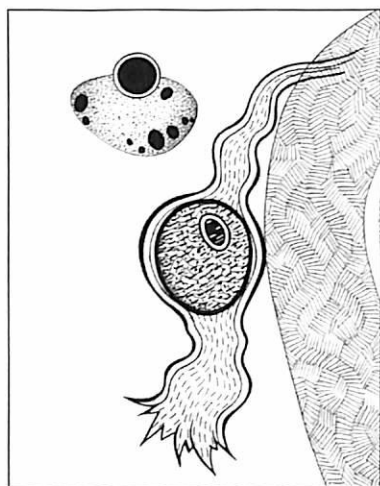


Рис. 57.2 (А, Б, В). Аналогичное наблюдение.

А. В процессе обзорной эхолокации: М несколько больше нормы, содержит утолщенный до 14 мм неоднородный Э; в правом Я замечена функциональная полость 13 мм в $\varnothing$; в М и за ее пределами Пл/Я не выявлено, свободной жидкости в полости м/таза нет.

Исследование продолжено с помощью ТВ-датчика, с целью: 1) выявления невидимого при трансабдоминальном УЗИ Пл/Я в М; 2) при безуспешности этих действий — направленного поиска ВМБ.



Б. Прицельная эхограмма правого **Я** — содержит кисту ЖТ, 13 мм в $\emptyset$.

В. В результате смещения ТВ-датчика вниз и кзади от правого **Я** и ближе к **М**, рядом с ней обнаружен гравидарный геморрагический объект (34 × 25 мм), эхографические качества которого такие же, как и на рис. 57.1 — около-зародышевая гематома, представленная компактным скоплением организовавшихся сгустков крови (II стадия), содержащая отслоенное от стенок **МТр** и погибшее эктопическое Пл/Я.

Установлена нарушенная ВМБ, справа, без УЗ-признаков экстраутробарного кровотечения.

Диагноз подтвержден лапароскопически.

В ряде случаев, в основном когда продольный размер интратубарной гематомы превышает 35–40 мм, а поперечник более 25 мм, тубарное **О** может быть с успехом визуализировано, и опознано в качестве ВМБ, в процессе трансабдоминального сканирования.

Ц., 23 г. Менструальная задержка 22 дня. Мочевой тест на ХГ $\oplus$. Жалоб нет. Обратилась в ЖК для «постановки на учет» в связи с сохраняемой беременностью. Гинекологический осмотр — «...слева от **М** слегка болезненное подвижное образование...». С подозрением на левостороннюю трубную беременность (или «маточная БРС с крупной кистой ЖТ») пациентка направлена на УЗИ.

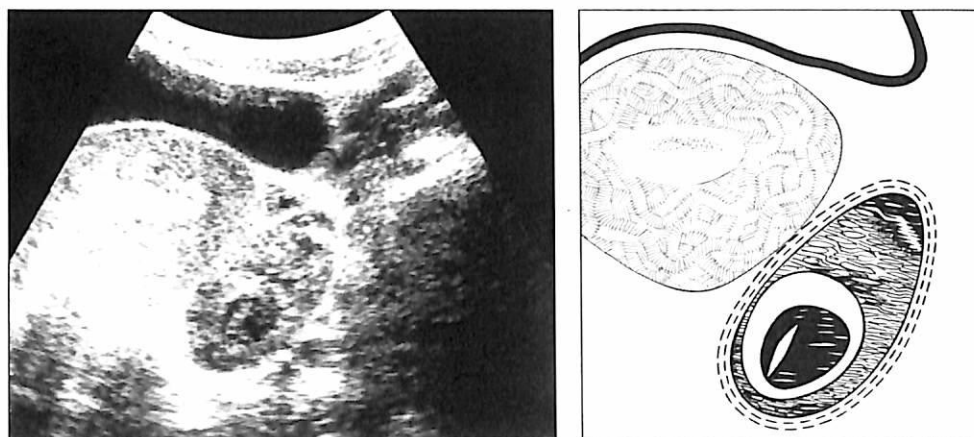


Рис. 58. Трансабдоминальное УЗИ при бессимптомно протекающей нарушенной трубной беременности (гестационный срок ≈ 5 НБ).

В левой параметральной области, вдоль боковой поверхности **М** и вне границ левого **Я** (расположен значительно выше, не изменен) имеется патологическое **О** правильной овальной формы, 48 × 25 мм. Контуры четкие и ровные. Структура неоднородная за счет множественных линейных и зернистых эхопозитивных элементов (с затеками жидкости между ними), окружающих эктопическое Пл/Я (погибшее): амнион 13–14 мм в $\emptyset$, толщина стенок до 5–6 мм, содержит уплощенное изображение эмбриона, без пульсации, а также единичные линейные включения, — состояние после полной отслойки Пл/Я и интраамниального кровоизлияния, гибель эмбриона. Количественные УЗ-параметры эмбриональной камеры, соответствующие

сроку гестации, и характер гематомы, представленной организующимися и организованными сгустками крови (II стадия), ретроспективно позволяют думать о вялотекущем интратубарном кровоизлиянии, когда зародыш довольно длительное время прогрессировал (до 5 НБ) в условиях частичного повреждения хориона — вплоть до предшествующего УЗИ полного отторжения Пл/Я.

Следует отметить, что с точки зрения* формальной УЗ-диагностики эхографически факт нарушенной трубной беременности с уверенностью может быть установлен только при выявлении на фоне интратубарного геморрагического содержимого непосредственно изображения эктопического зародыша. В противном случае врач-УЗИ не имеет права однозначно высказаться в пользу именно ВМБ, потому что примерно такая же эхокартина зачастую определяется и при сальпингите, протекающем с кровоизлиянием в просвет трубы, или, например, при случайно выявленной дермоидной кисте.

В то же время достоверная визуализация отторгнутого от эндосальпинкса зародыша, находящегося во взвешенном состоянии среди окружающих его плотных геморрагических элементов, нередко бывает весьма затруднительной. Это вызвано, с одной стороны, как правило, небольшими размерами погибшей и часто деформированной эмбриональной полости, к тому же с обычно истонченными стенками; с другой стороны — наличием кровоизлияния в Пл/Я, придающего неоднородный характер амниальной жидкости.

В силу указанных факторов, при наличии околозародышевой гематомы II стадии, собственно гравидарный объект зачастую с трудом дифференцируется от одного из затеков жидкой или полужидкой крови между организованными сгустками. Кроме того, у некоторых больных гематома имеет довольно значительное распространение по ходу **МТр** — вверх и вниз (преимущественно) от места имплантации, что создает дополнительные трудности для выявления Пл/Я, так как в процессе эхолокации далеко не все отделы патологического участка трубы видны достаточно отчетливо. Вместе с тем, надежное обнаружение эмбриональной камеры несколько облегчается тем, что она, в отличие от локальных скоплений жидкой крови (геморрагических лакун), имеет более упорядоченный, замкнутый характер и относительно правильную (овальную, реже округлую) форму. Таким образом, для доказательного выявления Пл/Я при вялотекущем трубном аборте, с формированием организованной тубарной гематомы, необходимо проведение направленного, скрупулезного и полипозиционного изучения всего патологического очага, с обязательными кранио-каудальными, поступательно-вращательными и боковыми смещениями УЗ-датчика. В процессе такого прицельного исследования, требующего определенных усилий от врача-УЗИ, представляется возможным не только обнаружить эктопический зародыш (до 50% наблюдений), но и уточнить протяженность и конфигурацию пораженного отдела **МТр**.

Н., 24 лет. За несколько дней до начала очередной менструации заметила скудные и непродолжительные кровянистые выделения — менее обильные и длительные, чем привычные месячные. Однако этому факту женщина не придавала особого

* Принятой «на вооружение» в качестве диагностической доктрины в некоторых странах Западной Европы и в ряде отечественных медицинских учреждений.

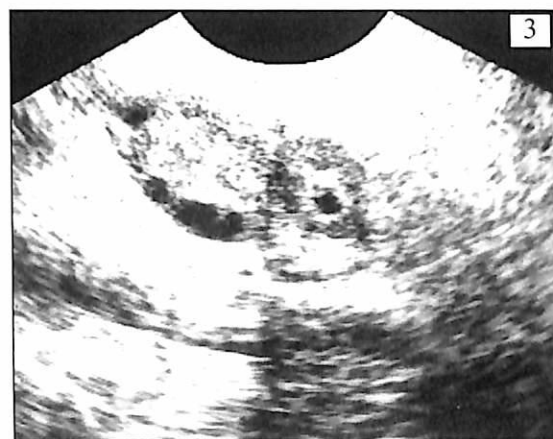
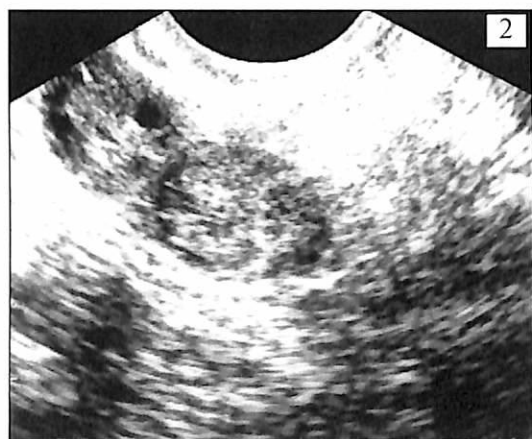
значения, рассматривая данное нарушение как следствие резкой перемены климата после отпуска. Впоследствии, в беседе с подругой, указанный факт был подвергнут критическому обсуждению, после которого был сделан («на всякий случай») мочевого гравит-тест — реакция $\oplus$, как и ответы еще двух дополнительных тестирований. Затем не заинтересованная в сохранении беременности женщина обратилась на УЗИ, перед мини-абортом. Ориентировочная менструальная задержка (если не считать за месячные эпизод предшествующей им незначительной метроррагии) 17–18 дней, других жалоб нет.



Рис. 59 (1, 2, 3). Хроническая форма ВМБ — интраутеринная гематома (II стадия) с компактно расположенными плотными сгустками крови и погибшим Пл/Я.

1. В полости М: Пл/Я нет; утолщенный до 20 мм Э, строение которого свидетельствует о гравидарно-децидуальной трансформации.

2. На расстоянии 32 мм от М, около нижнего полюса правого Я (не изменен), почти вплотную к нему и медиальнее (ближе к М) выявлено параовариальное О: 22 × 16 мм, содержит множественные эхопозитивные включения (тяжевые, точечные, мелкозернистые) и небольшое количество мелкодисперсной жидкости в боковых отделах.

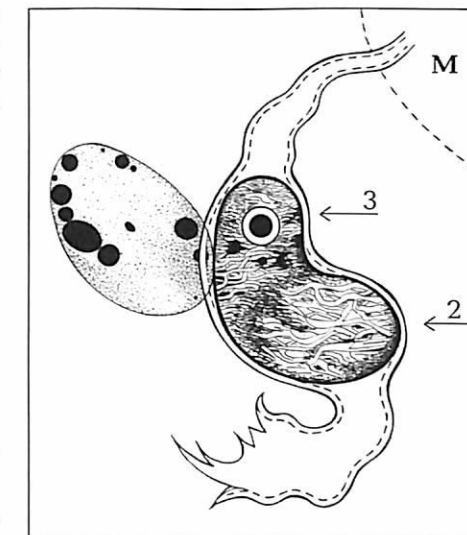


3. При смещении ТВ-датчика вверх с одновременным вертикальным разворотом его, вдоль медиальной поверхности правого Я обнаружена верхняя часть изучаемого патологического О (20 × 13 мм), расположенная под тупым углом к нижней (рис. 59, 2). УЗ-качества дополнительного объекта такие же, как и на рис. 59, 2, но на границе верхней и средней трети его замечена инкапсулированная полость (6 мм в Ø, толщина капсулы 1–3 мм) — отслоенное от стенок МТр эктопическое Пл/Я.

Таким образом, полипозиционное прицельное ТВ-сканирование позволило уточнить: конфигурацию (неправильно вытянутая, «бобовидная»), размеры (42 × 16 мм) и строение (гравидарно-геморрагическое) параовариального патологического очага. Сопоставление показанных выше УЗ-находок с анамнестическими данными (скудная и непродолжительная метроррагия, предшествующая ожидаемой, но так и не наступившей менструации) и результатами тестирования

мочи на ХГ (трижды $\oplus$ -ответ) обеспечило уверенную констатацию вялотекущего трубного аборта — тубарная околозародышевая гематома II стадии — без признаков (клинических и эхографических) кровотечения в полость м/таза.

На суммарной схеме УЗ-изображения стрелками отмечены направления сканирования, соответствующие 2-й и 3-й эхограммам.



Необходимо подчеркнуть следующий факт: примерно у половины больных (42–50%) с хронической и подострой формами ВМБ, протекающих с образованием организованной тубарной гематомы, визуализировать в процессе эхолокации собственно эктопический зародыш не удастся. Это обусловлено тем, что погибшее и отслоенное от плодовместилища Пл/Я — уменьшенное в размерах, деформированное, имбибированное кровью — сливается с изображением окружающих его геморрагическо-фибринозных элементов. Или же оно становится неотличимым от множественных или единичных лакун, содержащих полужидкую кровь, которые в большинстве случаев выявляются в виде небольших очагов пониженной плотности на фоне более интенсивных (тяжевых, зернистых, глыбчатых) эхопозитивных включений.

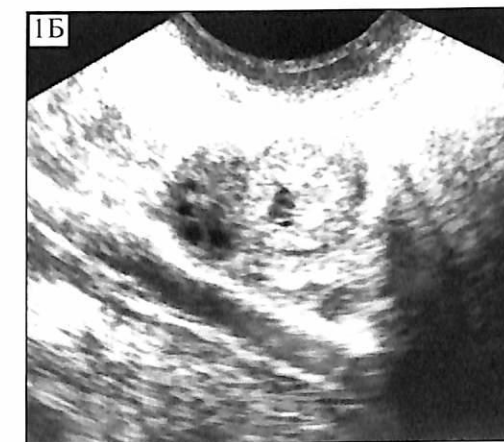
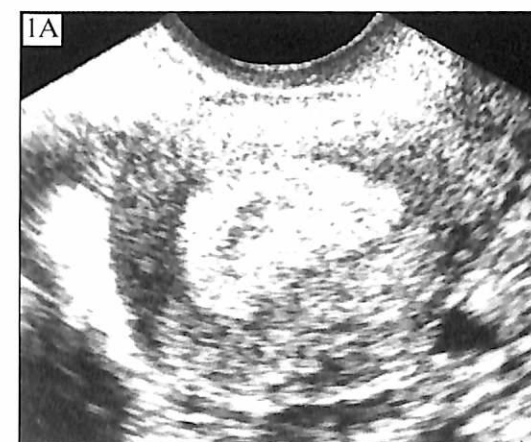
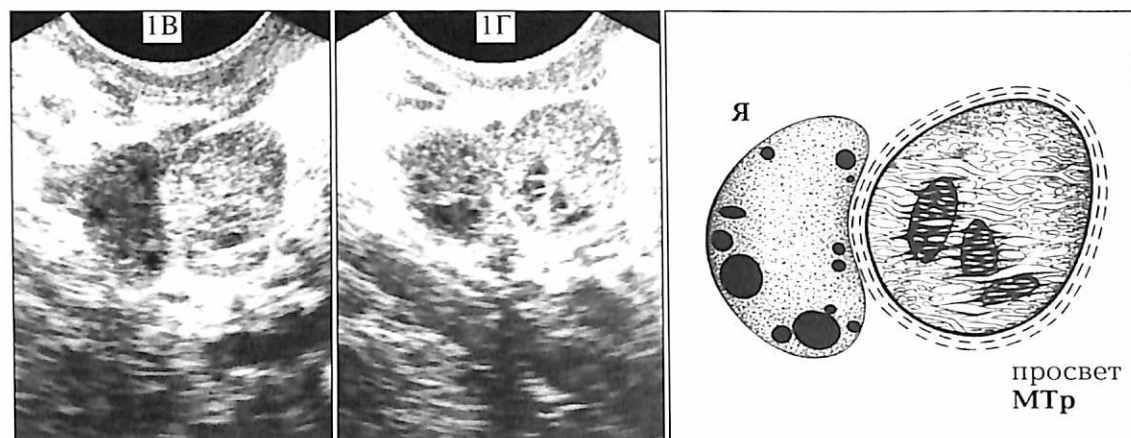


Рис. 60. 1 (А–Г). Организованная тубарная гематома без отчетливо дифференцируемого УЗ-изображения Пл/Я при вялотекущем трубном аборте.

1А. М и Э.

1Б, В, Г. Прицельные эхограммы правого Я и патологического очага в правой МТр. Эхосрезы зафиксированы в процессе выполнения незначительных вертикально-боковых смещений и поворотов ТВ-датчика относительно двух указанных объектов.

Рядом с медиальной поверхностью задней части Я (но отдельно от него) виден расширенный до 18 мм на протяжении 23 мм просвет трубы, заполненный мелкими тяжевыми и зернистыми включениями. На их фоне в нижней части параовариального О прослеживаются



ся три жидкостных лакуны мелкодисперсного строения, без четкого отграничения от окружающих эхопозитивных элементов. Не исключено, что одна из этих лакун — «остатки» погибшего Пл/Я.

— • —

Ф., 42 г. «Носитель» ВМК в течение 9–10 лет. За последние 1,5 года отмечает несколько эпизодов нерегулярных месячных, поэтому факт отсутствия последней менструации в примерно ожидаемое время не вызвал удивления у женщины, так как был расценен как следствие начального этапа климакса. Однако через 2 недели появились скудные кровянистые выделения, первоначально принятые за месячные; но упорный их характер, незначительный объем и необычно темный цвет, а также отсутствие привычных для циклического кровотечения умеренных болей вызвали беспокойство и заставили пациентку обратиться в ЖК. При гинекологическом осмотре отмечались косвенные признаки беременности и болезненность при пальпации правых придатков, что в сочетании с анамнестическими данными позволило предположить трубную беременность. Назначения: мочевой тест на ХГ (результат ⊕), УЗИ.

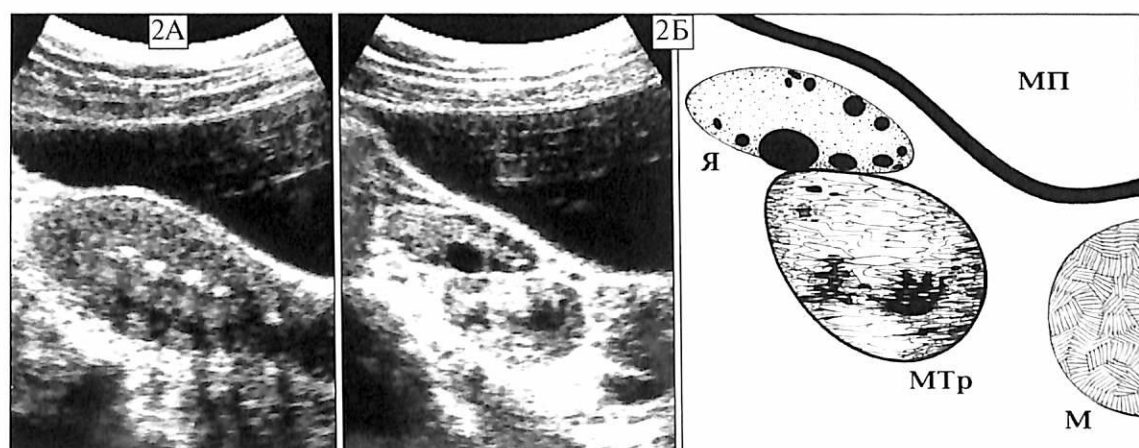
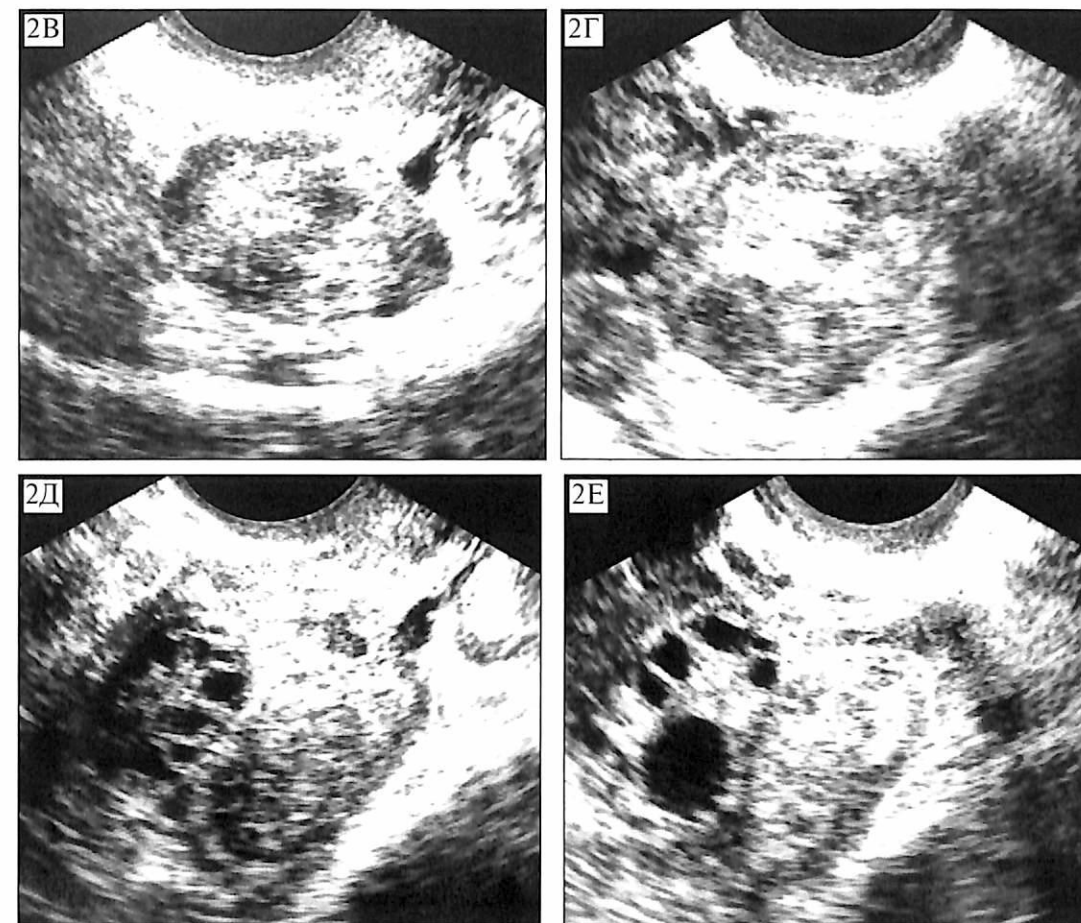


Рис. 60.2 (А–Е). Аналогичное наблюдение.

Трансабдоминальное УЗИ.

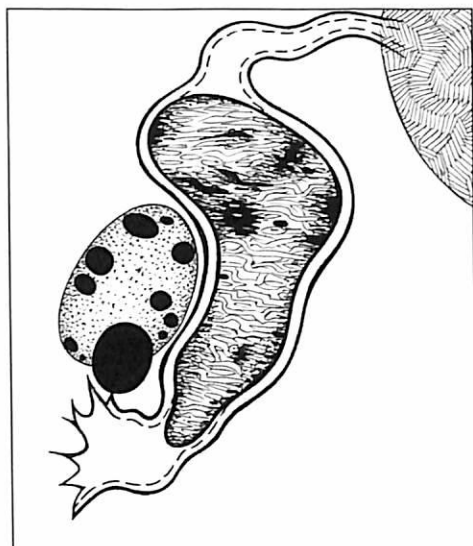
2А. М не изменена. В ее полости на фоне утолщенного до 14–15 мм Э видна S-образная «спираль», типичное положение*.

2Б. Между М и правым Я, ближе к Я (с кистой ЖТ, 13 × 9 мм), обнаружено четко очерченное параовариальное О, мягкотканно-жидкостного строения; скорее всего — просвет правой МТр, заполненный геморрагическим содержимым в фазе организации. Заподозрена нарушенная трубная беременность. Для уточнения исследование продолжено в ТВ-исполнении.



ТВ-УЗИ. На эхограммах показаны результаты полипозиционного сканирования со смещением датчика относительно параовариального патологического объекта, сверху вниз (2В–2Е): 2В — эхосрез в области верхнего полюса тубарного О; 2Г — на границе верхней и средней трети его; 2Д и 2Е — на уровне средней и нижней частей, где в УЗ-сечение попали как просвет правой МТр, так и Я (с кистой ЖТ в нижнем полюсе).

* Сочетание ВМК и ВМБ отнюдь не является типичным. Собственные наблюдения и статистика ВОЗ свидетельствуют, что частота эктопических имплантаций при ВМК существенно ниже популяционной. Как правило, такое осложнение возникает при чрезмерно длительном «ношении» контрацептива или в качестве случайного явления. Слухи о высоком риске трубной беременности на фоне «спирали» — не более чем результат излишне эмоционального и предвзятого обсуждения подобных случаев пациентками и, иногда... недостаточно опытными докторами, склонными к поспешным выводам и неадекватно расширительному толкованию единичных клинических ситуаций. Наличие ВМК никак нельзя рассматривать в качестве патогенетического фактора ВМБ.



Справа от **М**, около правого **Я** (в проекции задней его части), имеется инкапсулированный патологический объект неправильной вытянутой формы, 70 × 24 мм. Причем верхний полюс его располагается над **Я**, а средний и нижний отделы — вдоль медиальной поверхности **Я**. Просвет **О** представлен полиморфными эхопозитивными включениями, среди которых преобладают тяжевые элементы, и в меньшей степени — мелкими лакунами дисперсного строения. Визуализировать эктопическое Пл/Я не удалось. Свободной жидкости в полости м/таза не обнаружено.

На операции. Ампулярный отдел правой **МТр** изменен на всем протяжении: расширен, стенки истончены и гиперемированы, сосуды инъецированы, целостность серозы не нарушена. На брюшине отдельные сгустки крови. Гистологически: на фоне воспалительной инфильтрации эндосальпингса, покрытого фибринозными массами, — множественные хориальные ворсинки (фиброз стромы, мелкие кровоизлияния) с сохранившимся трофобластическим эпителием в фазе умеренно выраженной дистрофии.

— . —

Ч., 21 г. История заболевания: после 2-дневной менструальной задержки сделан гравитест — $\ominus$. На следующий день развился приступ нерезко выраженных схваткообразных болей внизу живота (больше слева), который продолжался около 3 ч. После прекращения болей сохранилось постоянное чувство тяжести в области м/таза. Повторная реакция мочи на ХГ, при задержке месячных 6 дней, дала $\oplus$ -результат. Обеспокоенная «неправильным» течением желанной беременности женщина обратилась в одну из частных гинекологических клиник — при двухэтапном УЗИ с интервалом в 1 неделю (документы отсутствуют) беременности не выявлено. В течение этого времени больную беспокоили дискомфорт и часто возникающие несильные ноющие боли внизу живота, без иррадиации.

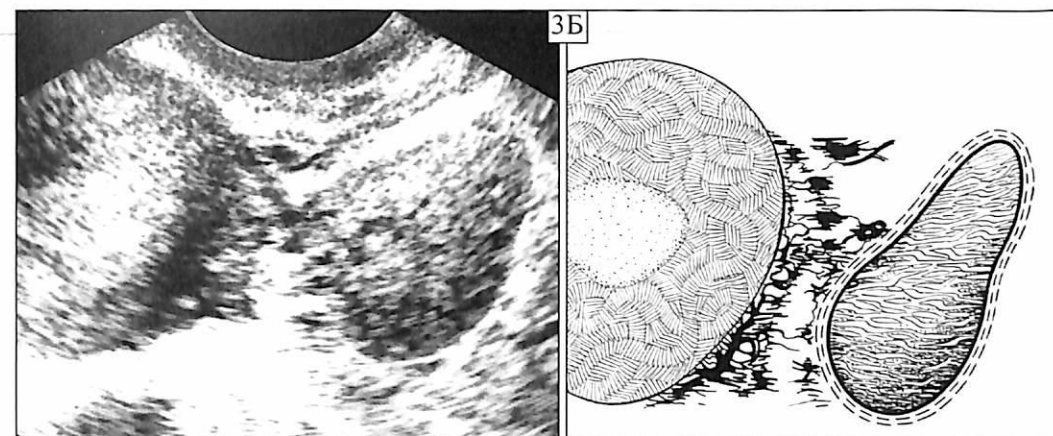


Заключение: эходанные крайне подозрительны на нарушенную ВМБ, слева.

Рис. 60.3 (А, Б). Подострое течение ампулярно-трубной беременности. Еще один пример тубарной гематомы (II стадии, организованной) без Пл/Я.

3А. **М** и децидуальный **Э** — 13 мм, однородный, с относительно нечетким контуром (без характерного для **Э** поздней фазы секретиции или ЖГЭ узкого эхонегативного ободка по периферии — формирующейся зоны отторжения).

3Б. Слева, в области средней трети тела **М**, на расстоянии 14–15 мм от ее края и на 30 мм ниже левого **Я**, больше кзади, лоцируется просвет левой **МТр**: неправильной овальной формы, 35 × 20 мм, заполнен мелкими эхопозитивными тяжами (мелкодисперсное строение); Пл/Я на этом фоне не выявлено.



Лапароскопия — подтверждение диагноза, хирургическая коррекция.

Возникает закономерный вопрос. Может ли врач-УЗИ в таких наблюдениях сделать вывод или высказать подозрение о трубной имплантации (конечно, нарушенной)? Ведь главного субстрата беременности — Пл/Я — нет. В обоих «прочтениях» ответ, несомненно, положительный. Более того, это не только допустимо, но и необходимо... при условии отсутствия эмбрионального объекта в **М** (в полости которой обычно виден значительно утолщенный **Э** децидуального типа) и при наличии клинических данных, прямо или косвенно свидетельствующих в пользу свершившегося зачатия (даже без уточнения места нидации). В значительной мере уверенность в таком выводе или предположении возрастает, если имеется положительный мочевой тест (тесты) на ХГ, или хотя бы один положительный ответ из серии тестирований, или если в сопроводительной документации (амбулаторная карта, бланк направления на УЗИ) гинекологом уже высказано подозрение на ВМБ. Короче говоря, когда у пациентки со специфическим «гравидарным» анамнезом* в процессе эхолокации выявляется патологическое параметрально-параовариальное **О** указанного типа (а в полости **М** Пл/Я нет), то, независимо от наличия или отсутствия в нем УЗ-изображения эмбриональной камеры, автоматически возникает прецедент для трактовки данного явления в пользу ВМБ. Формулировка диагностического вывода произвольная. От однозначной констатации нарушенной трубной беременности — до более уклончивых заключений, имеющих оттенок дуалистичности. Например: «эходанные позволяют думать о трубной беременности (нарушенной)», или «справа (слева) от **М** и отдельно от **Я** имеется патологическое **О**... подозрительное на ВМБ», или «УЗ-данные следует дифференцировать между нарушенной трубной беременностью и сальпингитом», или «в ...параметральной области выявлено параовариальное **О** — ВМБ?» и пр. Степень уверенности подобных высказываний в УЗ-протоколах в первую очередь зависит от убедительности (доказательности)

* Стоит напомнить, что в этой главе рассматриваются именно такие наблюдения — характеризующиеся наличием циклического нарушения, подозрительного на беременность, и составляющие большинство случаев ВМБ (72–80%).

результатов сканирования, а также во многом определяется опытом исследователя и, в меньшей степени, его характерологическими качествами. При этом основным фактором, детерминирующим объективность УЗ-заключения, несомненно, является сопоставимость данных УЗИ с анамнестическими сведениями и результатами тестирования на ХГ. Из сказанного логично вытекает уже неоднократно акцентированное положение — эффективное распознавание хронической и подострой форм ВМБ требует от эходиагноста проведения клинических, эхографических и лабораторных сопоставлений. Особенно с учетом того, что более половины больных приходит на УЗИ без предшествующего осмотра гинеколога.

Возвращаясь опять к экосемиотике вялотекущего трубного аборта, нужно отметить, что величина параовариального объекта (просвета МТр с эмбрионально-геморрагическим или только геморрагическим содержимым), как правило, небольшая. Так, поперечный размер расширенной трубы обычно не превышает 20–25 мм, а протяженность — 35–40 мм. К тому же, далеко не всегда размеры видимого на эхограммах патологического очага пропорциональны длительности заболевания. Нередко при довольно продолжительном хроническом течении ампулярной беременности в процессе УЗИ выявляется весьма «скромный» объем зоны поражения.

С., 37 л. Повторный брак. В сохранении беременности заинтересована. Менструальная задержка 1 месяц. Грави-тест ⊕. Вплоть до предшествующего УЗИ времени в ЖК не обращалась, так как была наслышана о «тяжелых испытаниях», которым якобы подвергаются «возрастные» беременные при постановке на учет. Течение БРС было бессимптомным (за исключением субъективных гравидарных явлений), но за 3 дня до исследования появились почти постоянные темные выделения из половых путей. Болей нет.

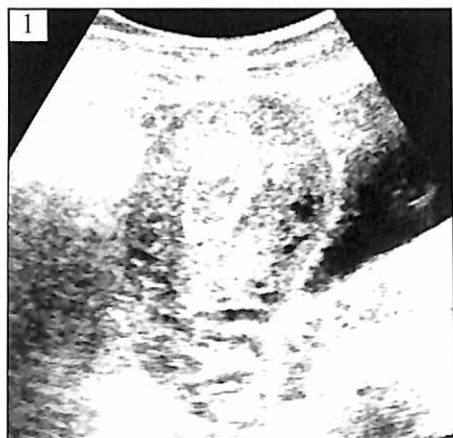


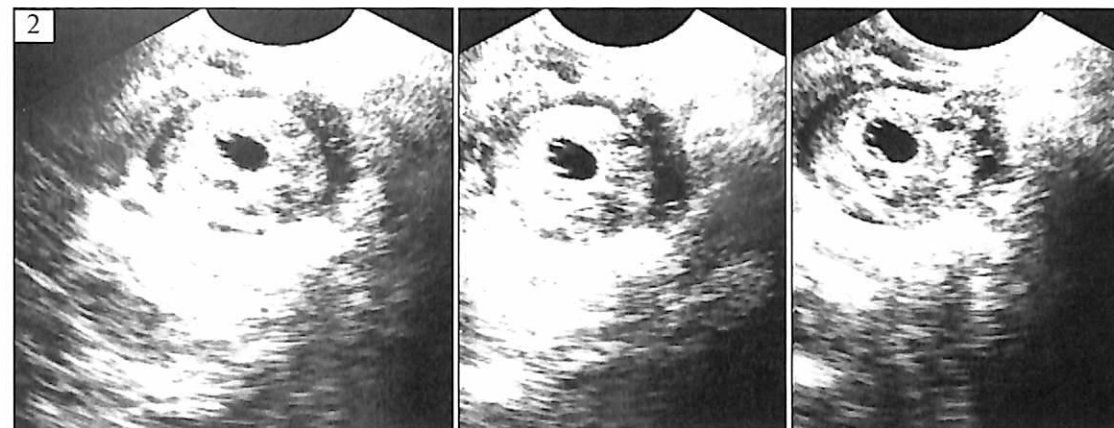
Рис. 61 (1, 2). Хроническая форма ВМБ. Небольшие размеры трубного эмбрионально-геморрагического объекта (околозародышевой гематомы II стадии), локализующегося в воронке МТр, при значительной продолжительности (1 мес.) заболевания.

1. Обзорное сканирование с полупустым МП. М несколько больше нормы, без ФМ-узлов, сосудистый рисунок миометрия усилен.

В полости М Пл/Я нет. Э = 14 мм, с хорошо выраженным компактным слоем по периферии и довольно обширной зоной «просветления» в центре, на границе с миометрием «ободок отторжения» отсутствует, — децидуальная слизистая.

Я не изменены. Пл/Я за пределами М или параовариального объекта, подозрительного на ВМБ, не найдено. Свободной жидкости нет.

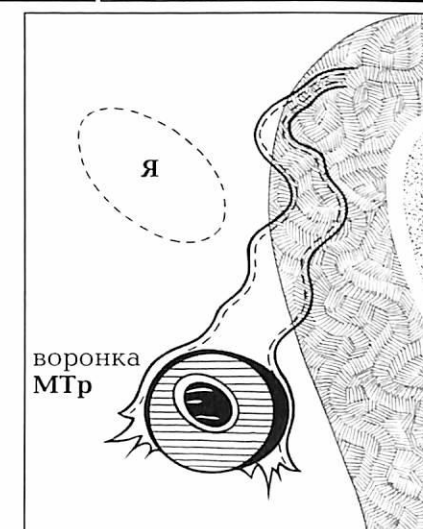
2. При ТВ-исследовании в задней части правой параметральной области, на уровне шейки М и значительно ниже Я, выявлено мягкотканно-жидкостное О — правильной округлой формы, 25 мм в Ø с четким и ровным контуром. Сверху и вдоль боковых поверхностей его видна краевая эхонегативная зона — «ободок» отека и незначительные скопления жидкой крови. В центре патологического очага имеется овальная полость: 10 × 7 мм с тонкими стенками; в просвете на фоне однородной жидкости прослеживаются три пристеночных дисконидных включения («остатки» эмбриона и желточного мешка). Вокруг центральной камеры



компактно располагаются плотные эхопозитивные элементы, преимущественно тяжелого типа. Тракции объекта ТВ-датчиком болезненны. Полученные данные расценены как интратрубная гематома II стадии с погибшим (полная отслойка) эктопическим Пл/Я.

Заключение: нарушенная, по типу вялотекущего трубного аборта, правосторонняя ВМБ; без УЗ-признаков экстратрубарного кровотечения.

Операция. В полости м/таза крови нет. Правая МТр подпаяна к М, извита и удлинена. Ампулярный отдел ее в незначительной степени диффузно расширен, гиперемирован с местами синюшным оттенком. В воронке трубы определяется отторгнутое от плодовместилища, но еще не эвакуированное в брюшную полость Пл/Я с множественными сгустками крови на поверхности, выступающими из фимбриального отверстия.



При хроническом течении трубного аборта гемоперитонеум, а точнее — видимая в процессе УЗИ свободная жидкость в полости м/таза, как правило, не выявляется, что обусловлено либо отсутствием экстратрубарного кровоизлияния, либо небольшим объемом излившейся через фимбриальное отверстие МТр крови, недоступным для УЗ-манифестации. В последнем случае существенное значение имеет время, прошедшее от незначительного или нерезко выраженного кровотечения, чаще всего кратковременного и не вызывающего более или менее «яркой» клинической симптоматики, и до выполнения УЗИ. Если исследование проводится сразу после кровоизлияния, что бывает редко и обычно происходит случайно — вследствие отсутствия или скудости субъективных проявлений, то при эхолокации иногда удастся заметить даже весьма незначительные (до 10–20 мл) порции крови. Если же между окончанием кровотечения и УЗИ проходит несколько часов, и тем более несколько дней, то поступившая из трубы кровь растекается по всей полости м/таза (нивелируется локальность геморрагического депо), активно всасывается брюшиной (теряется жидкостной компонент), организуется и оседает в виде отдельных сгустков и фибриновых пленок на стенках

таза и поверхности паратубарных органов. В результате визуализация последствий такого кровоизлияния становится невозможной. В связи с этим ни врачей УЗИ, ни оперирующих хирургов не должен удивлять или настораживать тот факт, что в ряде наблюдений хронической и подострой форм ВМБ, когда в УЗ-протоколе отмечено «свободной жидкости в м/тазу не обнаружено», на операции могут определяться единичные или множественные геморрагические сгустки («мазки») или даже небольшое количество жидкой крови. В последнем случае нельзя забывать, что УЗ-выявляемость небольших порций свободной жидкости в условиях трубного аборта обычно затруднена из-за сопутствующего пареза кишечника, содержимое которого (в основном избыточные объемы газа и жидкости) экранирует изображение небольшого скопления крови. Кроме того, никак нельзя отрицать возможность того, что кровоизлияние произошло в промежуток между хирургическим вмешательством и предшествующим ему УЗИ.

Приведенные на рис. 57–61 наблюдения, отражающие наличие в беременной МТр организованной гематомы с Пл/Я (околозародышевая гематома II стадии) или без него (тубарная гематома II стадии) и без УЗ-признаков экстра-тубарного кровотечения, являются наиболее типичными вариантами эхокартины вялотекущего трубного аборта, встречающейся у $82 \pm 3\%$ больных. При этом основа УЗ-диагностики эктопического гравидарного процесса в фазе хронического или подострого прерывания заключается отнюдь не в обнаружении Пл/Я за пределами М, изображение которого в 50% случаев отсутствует, а у другой половины служит далеко не самой примечательной деталью оптико-акустического образа (как в общем объеме поражения, так и по своим эхографическим качествам), — а в визуализации расширенного на том или ином протяжении просвета трубы, заполненного организованными и организующимися сгустками крови. То есть в выявлении тубарной гематомы II стадии — инкапсулированного параовариального О неправильной вытянутой или овальной формы, содержащего множественные тяжевые и зернистые эхопозитивные включения (в меньшей степени ячеистые и/или глыбчатые элементы, а также мелкие жидкостные лакуны), придающие дисперсное (у некоторых больных дисперсно-лакунарное) строение лоцируемому объекту. Иначе говоря, в «построении» УЗ-изображения нарушенной ампулярной трубной беременности (хроническое или подострое течение) геморрагический компонент патологического очага в большинстве случаев превалирует над собственно эмбриональной (Пл/Я) составляющей, что и определяет характер эхосимптоматики... и, следовательно — главный вектор УЗ-поиска → **организованная тубарная гематома**.

Что же касается обнаружения свободной жидкости в полости м/таза, то для хронического течения ампулярной ВМБ данный симптом не характерен. Однако даже при бессимптомном течении заболевания ориентировочно у 7% больных во время эхолокации удается зафиксировать ограниченное экстра-тубарное геморрагическое скопление. Обычно небольшое количество крови со сгустками локализуется рядом с тубарным объектом (перитубарная гематома) или позади М (маточно-прямокишечная гематома). В таких случаях отсутствие алгических ощущений, обычно сопутствующих экстра-тубарному кровоизлиянию, объясняется: с одной стороны, индивидуально низким порогом болевой чувствительности,

что чаще всего наблюдается у женщин с «богатым» акушерско-гинекологическим анамнезом; с другой стороны — небольшим объемом и незначительной интенсивностью кровотечения из МТр в полость м/таза.

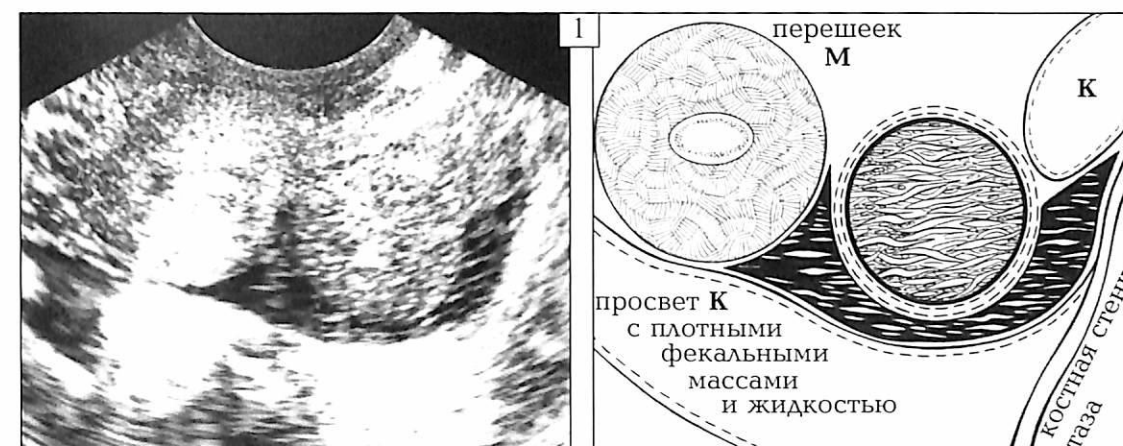
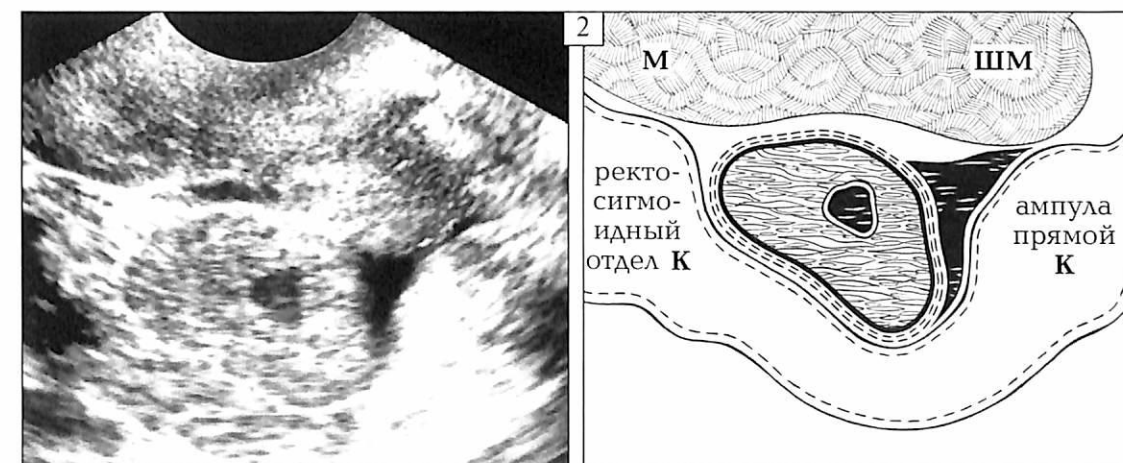


Рис. 62 (1, 2). Два наблюдения бессимптомно протекающего трубного аборта при наличии ограниченной перитубарной гематомы.

1. Слева от М, на уровне перешейка, — организованная тубарная гематома (24 мм в Ø) дисперсно-тяжевого строения (без Пл/Я), за пределами которой имеется небольшое экстра-тубарное скопление крови (со сгустками), окружающее нижний полюс патологического О.



2. Другая больная.

В позадиперешеечном пространстве лоцируются: 1) расширенный просвет МТр, содержащий околозародышевую гематому II стадии (с погибшим и деформированным Пл/Я); 2) незначительное количество свободной жидкости (с отдельными мелкими эхопозитивными включениями), примыкающей к наружной поверхности дистальной части тубарного О и ограниченной сверху задней стенкой ШМ, снизу — передней стенкой прямой К.

При подостром течении (15–24% от всех ампулярных имплантаций) ограниченный гемоперитонеум определяется значительно чаще, что связано с более обильным или, точнее, — кратковременным, но интенсивным кровоизлиянием

через фимбриальное отверстие яйцевода, обычно вызывающим появление умеренно или нерезко выраженных болей. Частота УЗ-обнаружения данного симптома (свободной жидкости) зависит, согласно изложенным выше факторам, от длительности промежутка между кровотечением в полость м/таза и УЗИ. Так, если исследование проводится во время или сразу после болевого приступа, то свободная жидкость выявляется примерно у 60–65% больных. Если же эхолокация производится в относительно «светлый» период (чаще всего), когда боли утихли или существенно уменьшились до незначительных болевых ощущений или чувства тяжести внизу живота, то УЗ-выявляемость гемоперитонеума составляет 40–47%. В рассматриваемых наблюдениях, наряду с тубарным патологическим О, рядом с ним или позади М (реже — параовариально) лоцируется незначительное или умеренное количество свободной жидкости, чаще всего — со взвешенными в ней множественными тяжевыми включениями (сгустки крови). Подобная эхокартина позволяет не только высказаться о наличии нарушенной трубной беременности, но и требует обязательной фиксации, как в «описательном», так и заключительном разделах УЗ-протокола, факта экстратубарного кровотечения.

На рис. 63, 1 и 63, 2 приведены два примера подострого течения трубной беременности, когда одновременно с интратубарной гравидарной гематомой отмечается небольшой гемоперитонеум.

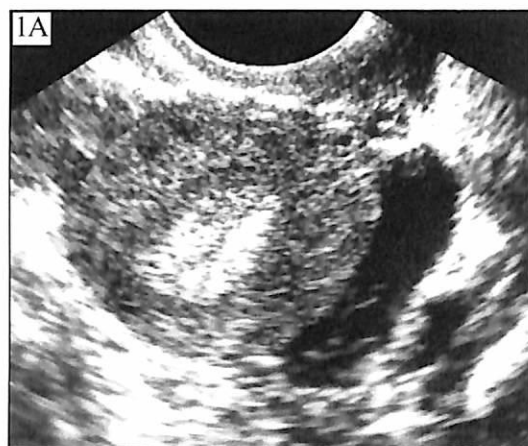


Рис. 63.1 (А, Б). Геморрагическое скопление позади М.

1А. М: сравнительно редко встречающийся вариант строения децидуального Э (13 мм) — структура однородная, с намечающимся узким просветом в центре, «ободка отторжения» на границе с миометрием нет.

В области задней стенки М, больше справа, имеется локальное скопление крови с множественными сгустками (преимущественно в нижней части).

1Б. Справа от М, на уровне средней трети ее тела, имеется интратубарная (околозародышевая) гематома I стадии с погибшим Пл/Я,



в полости которого видны мелкие геморрагические включения и постмортальные изображения эмбриона и желточного мешка.

Эхокартина прерывающейся трубной беременности (5 НБ) с нерезко выраженным кровоизлиянием в позаиматочное пространство.

— . —

Ф., 25 лет. После 10-дневной менструальной задержки заметила скудные выделения из половых путей, которые довольно быстро прекратились (но потом периодически возобновлялись). Грави-тесты положительные. Заинтересованная в сохранении беременности женщина, и поэтому обеспокоенная ее ненормальным течением, обратилась в гинекологический стационар, к знакомому гинекологу. При осмотре отмечены косвенные признаки наступившей беременности. УЗИ: в М и за ее пределами Пл/Я не найдено, рекомендовано контрольное исследование через неделю. Однако через 4 дня развились умеренно выраженные боли внизу живота, справа, иррадиирующие в крестец и, в меньшей степени, вверх. Приступ продолжался около суток. Затем болевые ощущения значительно уменьшились, но сохранились постоянные ноющие боли, усиливающиеся при физических нагрузках. Неудовлетворенная результатами первичного обследования, Ф., по совету родственников и знакомых, пришла на повторное УЗИ в другое медицинское учреждение (задержка месячных 15–16 дней).

Рис. 63.2 (А, Б, В). Свободная жидкость в области нижнего полюса тубарно-геморрагического объекта.

2А. Децидуальный Э = 21–22 мм.

2Б. В нижней части правой параметральной области обнаружено параовариальное па-

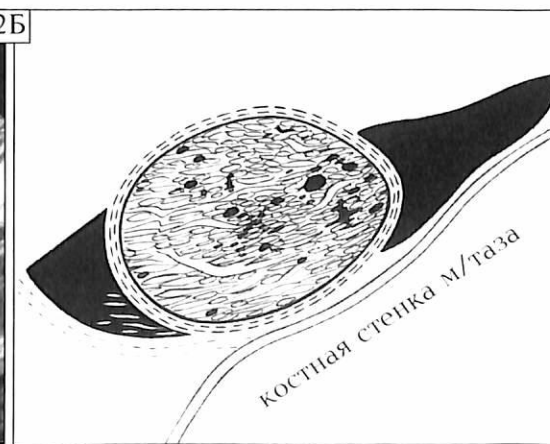
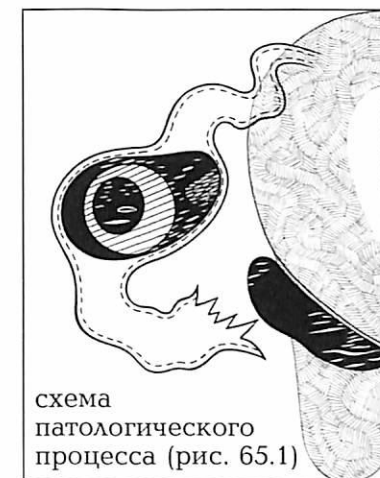
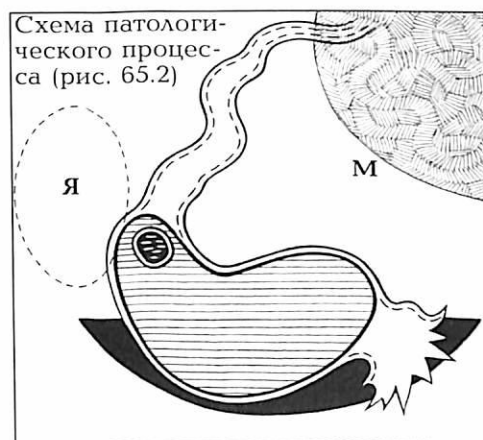
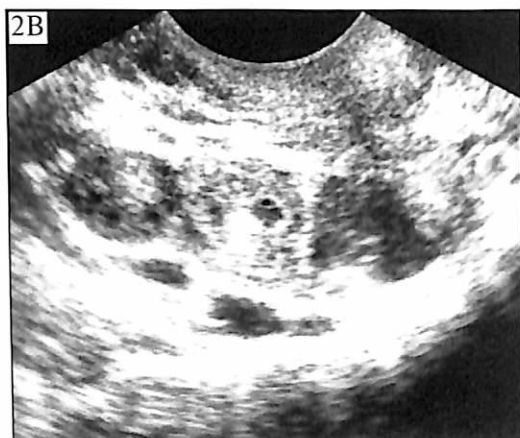


схема патологического процесса (рис. 65.1)



тологическое **О**, правильной овальной формы — 48×30 мм, сложного строения (тяжевые, мелкозернистые и лакунарные элементы), за пределами которого, но вплотную к нему и вдоль нижней стенки полости м/таза, определяется умеренное количество свободной жидкости с единичными эхопозитивными включениями.



2В. При смещении ТВ-датчика вверх в области нижнего полюса правого **Я** (на эхограмме — между **Я** и просветом **К** с полужидким содержимым) выявлена верхняя часть показанного (рис. 63, 2Б) **О** — 24×18 мм, с полностью отслоенным и деформированным Пл/Я.

УЗ-данные расценены как довольно обширная организованная тубарная гематома с погибшим Пл/Я (околозародышевая гематома II стадии) и явлениями экстраутробного кровоизлияния.

Заключение: нарушенная трубная беременность; умеренно выраженное кровотечение в полость м/таза.

Операционное подтверждение результатов УЗИ.

В большинстве случаев подострое течение трубного аборта наблюдается в качестве осложнения хронической формы ВМБ — когда после относительно спокойного (клинически) периода (от 4–5 дней до 2 нед. и выше), на протяжении которого происходит формирование и постепенное увеличение размеров интратубарной гематомы (как правило сопровождающееся отслойкой и гибелью Пл/Я), развивается более интенсивное кровотечение из травмированного плодместилища, приводящее к экстраутробному «выбросу» небольшого или умеренного количества крови.

А., 33 г. На протяжении 2-недельной задержки жалоб не предъявляла. Затем, неожиданно, развился довольно сильный болевой приступ в области м/таза (без отчетливой локализации справа или слева, без иррадиации). На фоне болей произошло обильное маточное кровотечение со сгустками и отхождением «каких-то обрывков». Боли утихли, кровотечение (в течение 1–1,5 суток) прекратилось, но пациентку продолжали беспокоить ноющие боли внизу живота и иногда появляющиеся коричневые мажущие выделения.

Гинекологический осмотр: **М** чуть больше нормы, слизистые синюшные, «движения за **М**» болезненны, при пальпации правых придатков неотчетливо определялось болезненное **О** «колбасовидной» формы. **Заключение:** «нарушенная» ВМБ справа или состояние после маточного выкидыша, осложненного правосторонним аднекситом». Назначения: срочно — УЗИ, тест на ХГ (реакция $\oplus$).

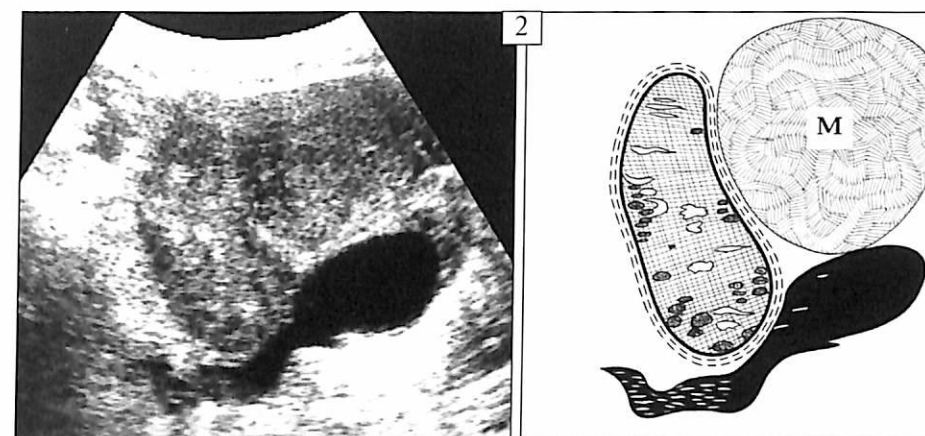
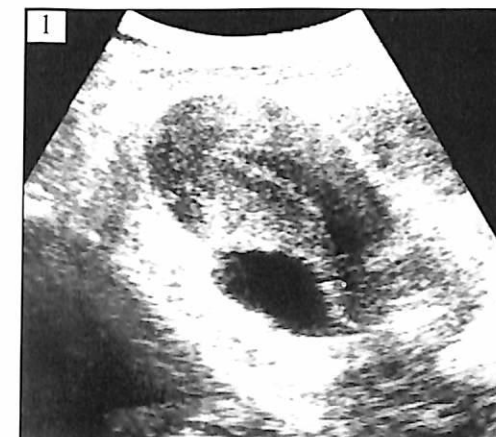
Рис. 64 (1, 2). Осложненное (умеренно выраженным экстраутробным кровоизлиянием) течение хронической формы ВМБ — с «переходом» ее в подострый вариант трубного аборта.

Трансабдоминальное УЗИ с пустым МП.

1. Продольный экосрез **М**: несколько больше нормы, миометрий не изменен; полость ее расширена (13 мм), в центре прослеживается линейное изображение слабовыраженной слизистой — «пустая» полость **М**, состояние после практически полного отхождения децидуального **Э**. Позади **М** имеется свободная жидкость.

2. Поперечно-аксиальное УЗ-сечение заднего отдела **М** и правой параметральной области.

Вдоль боковой поверхности **М**, справа, лоци-



руется организованная интратубарная гематома неправильной вытянутой формы, 68×30 мм, без УЗ-изображения эктопического Пл/Я. В структуре ее преобладают мелкодисперсные элементы, на фоне которых видны единичные крупнотяжевые и глыбчатые эхопозитивные включения, а также мелкие лакуны с полужидким содержимым. В области нижнего полюса патологического объекта имеется относительно небольшое количество свободной жидкости (кровь со сгустками), соединяющейся с более крупным позадиматочным геморрагическим депо. Создается впечатление, что скопившаяся позади **М** кровь перетекает в правую половину м/таза. Хотя в действительности все происходит наоборот — излившаяся из фимбриального отверстия **МТр** (паратубарно) кровь, согласно законам гидродинамики, преимущественно накапливается в самом каудальном отделе региона — в маточно-прямокишечном углублении.

Первично подострый характер клинического течения ампулярной имплантации встречается редко и преимущественно у весьма молодых пациенток или у женщин с предшествующей (фоновой) гиперэстрогенией.

Л., 19 л. Первая беременность. Планирует замужество (свадьба назначена на ближайшие, после посещения УЗ-кабинета, дни) и сохранение беременности.

С первых дней менструальной задержки (гравитест $\oplus$) отмечает постоянные ноющие боли внизу живота, периодически усиливающиеся, вплоть до развития кратковременных, умеренно выраженных болевых приступов, во время которых

боли иррадиировали в правую половину крестца и ногу. К гинекологу не обращалась, так как «боялась, что ее упекут в больницу» и тогда будут «сорваны» все свадебные торжества. В то же время о своих жалобах Л. сообщила подругам. Последние поставили об этом в известность мать невесты, которая и привела «почти насильно» пациентку на УЗИ (задержка 10–11 дней).

При эхолокации выявлена нарушенная правосторонняя трубная беременность с УЗ-признаками нерезко выраженного кровотечения в полость м/таза — тубарная, околозародышевая гематома I стадии (с погибшим Пл/Я) и небольшое количество свободной жидкости позади М, а также в правой параметральной области.

Лапароскопия: подтверждение диагноза, правосторонняя тубэктомия.

Что же касается динамики своевременно не диагностированной хронической формы ВМБ, то чаще всего вялотекущий трубный аборт приобретает черты подострого заболевания, что, как правило, сопровождается клинико-эхографической манифестацией эктопической nidации.

Однако у некоторых больных даже подострый период хронической формы ампулярно-трубной беременности иногда остается длительное время нераспознанным. Например, при так называемом эхонегативном варианте ВМБ, который клинически обычно расценивается как «обострение хронического аднексита» или острый сальпингит, с функциональным нарушением менструального цикла. В таких наблюдениях выраженные в той или иной степени болевые ощущения, в ряде случаев в сочетании с метроррагией, могут повторяться (продолжаться) до тех пор, пока не разовьется обильное или массивное кровотечение, требующее экстренного хирургического вмешательства; либо операция выполняется вследствие неэффективности противовоспалительной и гормональной терапии.

У некоторых больных (точное число которых назвать невозможно), когда дооперационная верификация хронически протекающей ампулярной имплантации затруднена, острое прерывание ее наступает сразу — минуя предтерминальный период подострого течения. Тогда, на фоне «смазанной» клинической картины пока еще неясного (или неверно расцениваемого) патологического состояния либо (реже) на фоне «полного здоровья» при длительном бессимптомном характере трубной беременности, внезапно развиваются симптомы обильного или массивного кровотечения в полость м/таза. Во время такого экстратубарного кровоизлияния (через фимбриальное отверстие, без перфорации стенки) из МТр эвакуируется почти все гравидарно-геморрагическое содержимое (кроме хориальных ворсинок, глубоко внедренных в эндосальпинкс), поэтому в процессе эхолокации изображения тубарного патологического объекта нет, а определяется только гемопельвиоперитонеум.

Необходимо рассмотреть еще один, сравнительно редко встречающийся (≈ 7 –10%), вариант эхокартины хронической или подострой формы трубного аборта — **гематосальпинкс**. В отличие от различных модификаций тубарной гематомы (небольшое ретрохориальное кровоизлияние, околозародышевая гематома I и II стадий, организованная тубарная гематома без Пл/Я — 90% наблюдений), когда при наличии в просвете трубы гравидарно-геморрагического содержимого фимбриальное отверстие свободно (открыто), при гематосальпинксе отмечается окклю-

зия воронки яйцевода вследствие «склеивания» фимбрий. Вернее, наоборот: из-за слипчивого процесса в области фимбрий происходит закрытие брюшного отверстия МТр, в результате чего изливающаяся из травмированного плодместилища кровь накапливается внутри яйцевода, что приводит к существенному расширению просвета почти на всем протяжении ампулярного отдела. Обычно это происходит, если интратубарное кровоизлияние изначально протекает с образованием небольшой перитубарной (перифимбриальной) гематомы. Образующиеся в ней сгустки крови и фибриновые пленки оседают на бахромках трубы, что способствует слипанию их друг с другом, особенно в условиях сопутствующего спаечного процесса.

Эхографически для гематосальпинкса характерно наличие довольно крупного (продольный размер от 50 до 100 мм, поперечный — 25–50 мм) параовариального жидкостного О вытянутой формы, с тонкими стенками. Структура его неоднородная за счет множественных сгустков крови, находящихся во взвешенном состоянии, а также оседающих на поверхности эктопического Пл/Я и накапливающихся в нижнем отделе полости. Причем, в отличие от организованной тубарной гематомы, расположение сгустков крови в гематосальпинксе менее компактное — эхопозитивные элементы лоцируются на фоне жидкости, преобладающей в общем объеме патологического очага. В большинстве случаев в просвете гематосальпинкса определяется погибшее Пл/Я, которое, в случае неполной отслойки от плодместилища, сохраняет интимную связь со стенкой МТр — в процессе эхолокации оно представляется «прикрепленным» к внутренней поверхности одной из боковых стенок жидкостного объекта.

При гематосальпинксе наиболее демонстративны, в силу крупных размеров О и преобладания в нем жидкости, результаты трансабдоминального УЗИ.

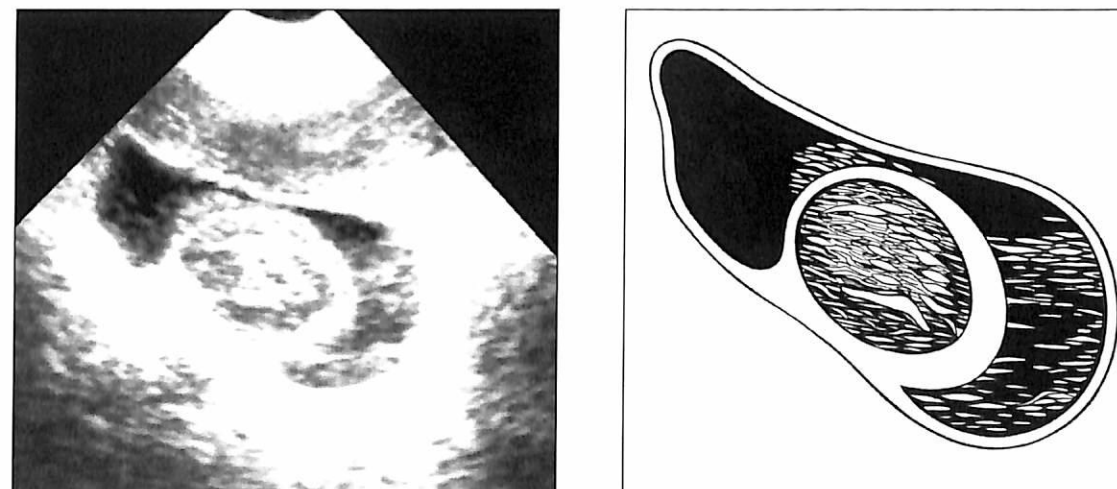


Рис. 65. Неполная отслойка погибшего эктопического Пл/Я при гематосальпинксе.

На эхограммах представлено изолированное изображение параовариального жидкостного О = 87 × 38 мм, в просвете которого на фоне жидкости лоцируется мягкотканно-жидкостной объект (38 × 24 мм — погибшее и пропитанное кровью Пл/Я), «неотделимый» от латерально-боковой стенки. На поверхности Пл/Я и в нижней части полости видны множественные сгустки крови.

Крупные размеры эмбрионального объекта и анамнез (срок гестации — 5-6 НБ, почти бессимптомное течение, вплоть до предшествующих УЗИ нескольких дней) позволяют предположить, что в данном случае развитие гематосальпинкса с частичной отслойкой и гибелью Пл/Я можно расценить как осложнение длительного время ненарушенно прогрессирующей ампулярной имплантации.

Частичная отслойка эктопического Пл/Я в сочетании с гематосальпингсом встречается редко и почти всегда сопровождается гибелью зародыша. Вместе с тем, в единичных случаях, в подобной ситуации может наблюдаться персистенция и даже прогрессирование хориальной оболочки при наличии неразвивающегося амниона.

И., 29 л. В момент выполнения УЗИ (перед медикаментозным прерыванием беременности): задержка месячных 18 дней, жалоб нет, гравитест ⊕. Предполагаемый срок беременности (маточный вариант) 4–5 НБ.

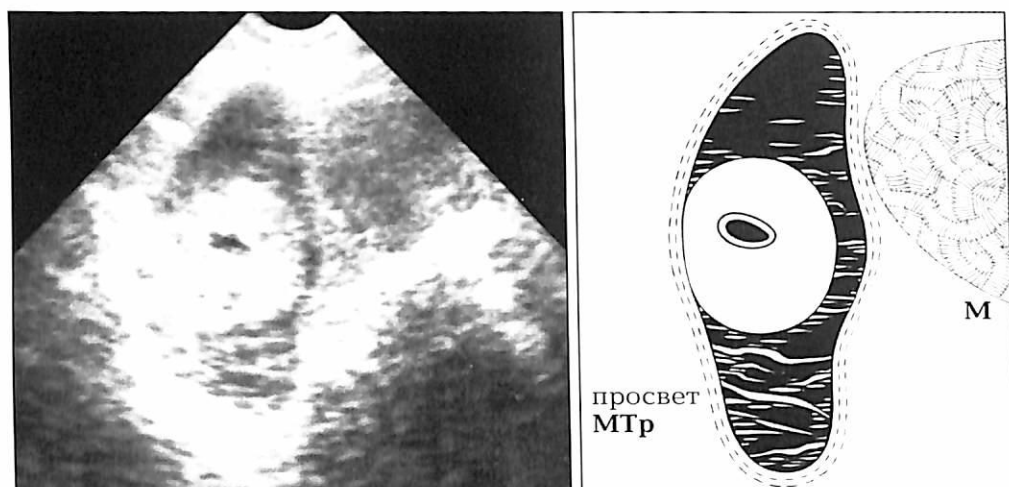
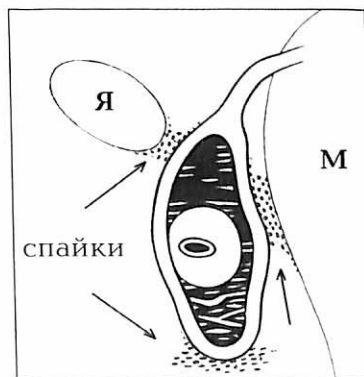


Рис. 66. Гематосальпинкс с частично отслоенным Пл/Я. Пример атипичного прогрессирования нарушенной трубной беременности — рост хориона на фоне «замершего» амниона.

Рядом с правой боковой стенкой М (правый Я интактен, в М Пл/Я нет, свободной жидкости в м/тазу нет) определяется патологическая полость веретенообразной формы, 67 × 32 мм, заполненная неоднородной жидкостью (мелко- и крупнодисперсного строения). На ее фоне, в центре, выявляется эктопический эмбриональный объект, «прикрепленный» к латерально-боковой стенке патологической полости: общие размеры 30 × 24 мм, амнион = 9 × 4 мм, толщина окружающей его хориальной оболочки от 7 до 15 мм.

На операции: правая МТр веретенообразно расширена (до 40 мм) почти на всем протяжении, туго-эластической консистенции, с цианотичным оттенком. В средней ее части через истонченные стенки просвечивает Пл/Я багрового цвета. Фимбрии сглажены. Фимбриальный конец закрыт, припаян к широкой маточной связке. Труба спаяна с боковой поверхностью М, а в верхней части — с нижним полюсом правого Я. Крови в брюшной полости нет.



Значительно чаще при гематосальпинксе наблюдается полная отслойка эктопического Пл/Я, которое смещается в задне-нижнюю часть полости О и обычно лоцируется на границе его среднего и нижнего отделов.

Полезно напомнить, что уточнение топографии эмбриональной камеры внутри геморрагической тубарной полости требует выполнения прицельно-полипозиционного сканирования.

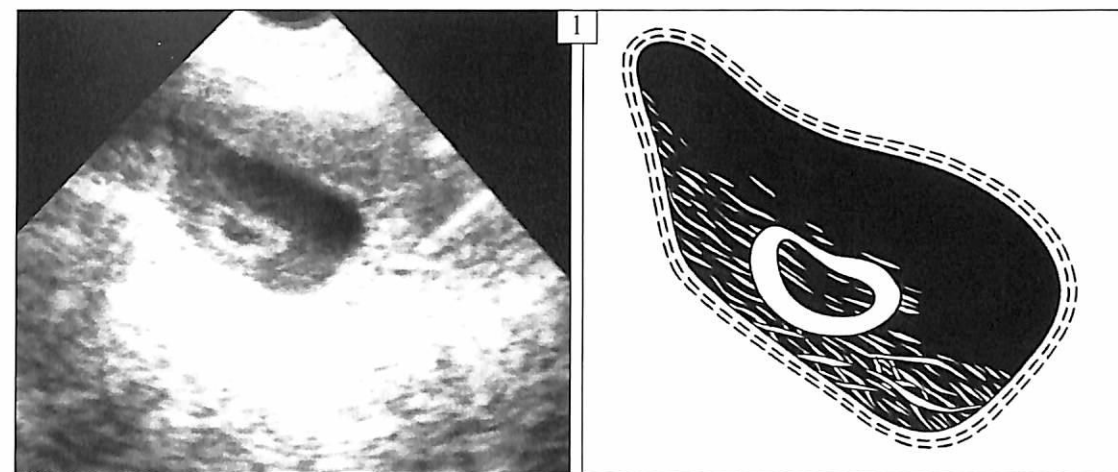
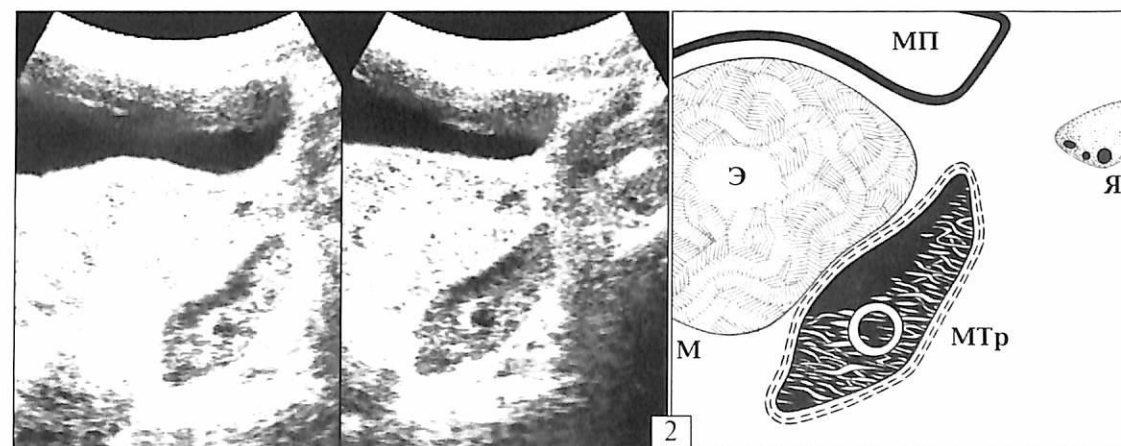
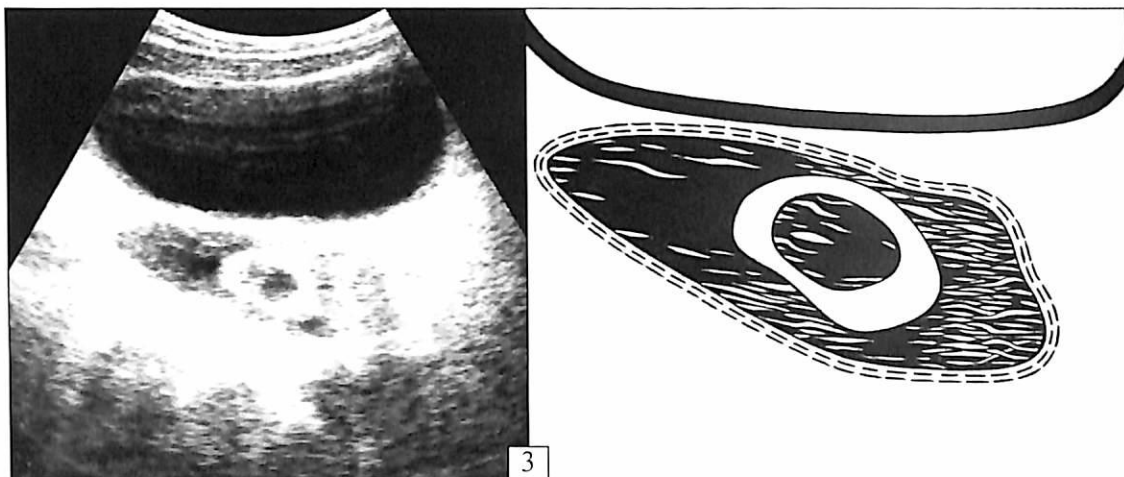


Рис. 67 (1, 2, 3). Гематосальпинкс, полная отслойка Пл/Я. Три разных наблюдения, в которых показаны результаты трансабдоминального УЗИ: 1 — с пустым, 2 — полупустым, 3 — с наполненным МП.

1. Прицельная эхограмма параовариального жидкостного О: 67 × 40 мм, неправильной вытянутой формы, с тонкими стенками. В просвете, на границе средней и нижней трети, пристеночно, но отдельно от нижне-боковой стенки определяется (на фоне сгустков крови) полностью отслоенное и погибшее эктопическое Пл/Я.



2. Аксиально-поперечные экосрезы. В левой параметральной области, вдоль боковой стенки М, лоцируется патологическая полость веретенообразной формы (58 × 23 мм), в просвете которой среди множества дисперсно-тяжевых элементов прослеживается взвешенная в них (располагается отдельно от внутренних стенок жидкостного О) неразвивающаяся эмбриональная камера: 9–10 мм в Ø, с тонкими стенками и мелкотяжевыми включениями внутри.



3. Аналогичное наблюдение. Пояснения в подписях к предыдущим рисункам (67, 1 и 67, 2) и на схеме.

У ряда больных (от 22 до 45%) одновременно с гематосальпингсом обнаруживаются УЗ-признаки кровотечения в полость м/таза — небольшое или умеренное количество свободной жидкости (кровь со сгустками) за пределами тубарно-геморрагической полости. Как правило, излившаяся из МТр кровь локализуется позади М и/или вдоль задне-боковой ее поверхности; часто — вплотную к стенке нижнего полюса гравидарного жидкостного объекта.

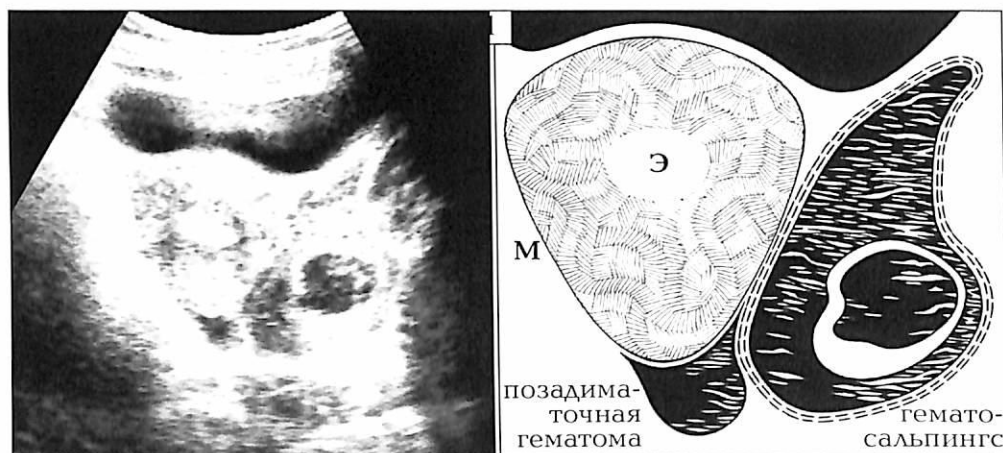
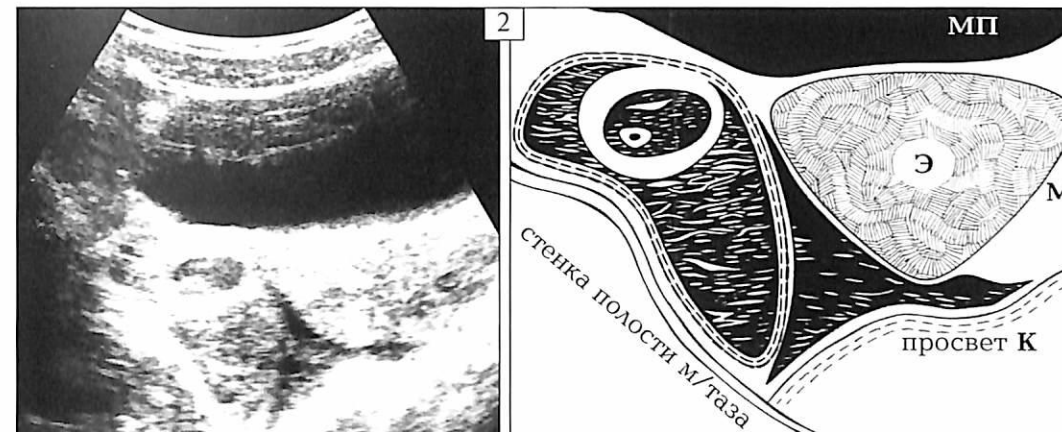


Рис. 68 (1, 2). Два примера сочетания гематосальпинкса со свободной жидкостью в полости м/таза при нарушенной ампулярно-трубной беременности (срок гестации в обоих случаях ≈ 5 НБ).

1. Аксиальное УЗ-сечение М и левой параметральной области.

Слева, вдоль боковой поверхности М, лоцируется жидкостное О ретортообразной формы (70 × 40 мм), содержащее значительное количество крови со сгустками, и в нижней части — погибшее Пл/Я (капсула истончена, амнион деформирован, в просвете его множественные сгустки крови), отслоенное и смещенное в нижний отдел патологической тубарной полости.

Кроме того, в позадиматочном пространстве имеется небольшое количество свободной жидкости (тяжевого строения).



2. Поперечный эхосрез, «захватывающий» М, правую и частично левую параметральные области. Справа от М имеется патологическая полость неправильной Г-образной формы, с тонкими стенками (77 × 28 мм), в просвете которой лоцируется: 1) в верхней части — погибшее эктопическое Пл/Я (сохранившее связь со стенкой МТр в области верхнего полюса — отслойка 80%) с постмортальными изображениями эмбриона и желточного мешка на фоне мелкодисперсного содержимого амниона; 2) значительное количество жидкости с множественными взвешенными в ней тяжевыми включениями.

В пространстве между медиальной стенкой гематосальпинкса и правой боковой поверхностью М — кровь со сгустками, определяющаяся также (в меньшем объеме) в позадиматочном пространстве и слева от нижнего полюса М.

Эхокартина нарушенной трубной беременности с формированием гематосальпинкса, субтотальной отслойкой и гибелью Пл/Я и умеренно выраженным кровоизлиянием в полость м/таза.

Гематосальпинкс чаще встречается при подострой форме трубного аборта и в большинстве случаев является осложнением предшествующего периода хронического течения, развивающимся вследствие усиления интратубарного (местного) кровотечения при уже окклюзированном фимбриальном (абдоминальном) отверстии беременной МТр. В случае вторичного формирования гематосальпинкса, стеноз и окклюзия воронки наступают в результате подтекания из околозародышевой гематомы небольших порций геморрагической жидкости, фибриновые элементы которой оседают на бахромках, вызывая слипчивый процесс в этом месте.

Иногда гематосальпинкс, обычно в сочетании с гемоперитонеумом, наблюдается у больных с клиникой острого прерывания ВМБ.

Рассмотрение различных модификаций УЗ-симптоматики хронического и подострого вариантов клинического течения трубного аборта было бы неполным без дополнительного раздела, касающегося состояния Э.

У большинства больных с нарушенной ампулярно-трубной имплантацией, так же как и при прогрессирующей ВМБ, в полости М определяется значительно утолщенный (свыше 12 мм), «сочный» Э с ровными, но относительно нечеткими контурами (без свойственного избыточно выраженной негравидарной слизистой эконегативного «ободка отторжения») и характерными для децидуальной трансформации структурными особенностями, приведенными в начале данной главы.

Однако при наличии скудных, но стойких и длительных кровянистых выделений из половых путей или, напротив, эпизодических, но более обильных кровоизлияниях УЗ-картина полости **М** может изменяться.

В первую очередь нужно отметить уменьшение объема слизистой, толщина которой колеблется от 4–5 до 10 мм. Одновременно с этим наблюдается: 1) диффузное повышение эхоплотности эндометриальной ткани, в результате чего теряется разделение ее на компактный слой и губчатую ткань — структура становится однородной; 2) нарастает степень краевого отграничения, исчезает размытость границ — контуры становятся четкими; 3) вокруг **Э** иногда определяется нечетко очерченная область пониженной плотности. Происходит своеобразная атрофия («усыхание») децидуальной оболочки, обусловленная метроррагией и недостаточной ХГ-стимуляцией на протяжении латентно- или вялотекущего трубного аборта.

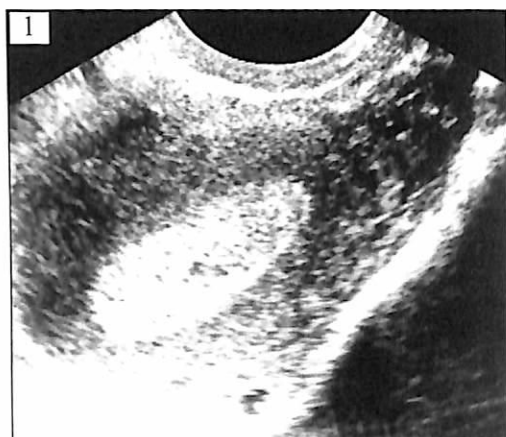


Рис. 69 (1, 2, 3). Некоторые варианты состояния полости **М** при вялотекущем трубном аборте.

1. Однородная слизистая (10 мм), высокой плотности, с ровным и четким контуром.
2. **Э** = 7 мм, однородный, средней эхоплотности, контуры четкие.
3. Пример «скудного» децидуального **Э** — линейное изображение однородной слизистой, 4–5 мм, окруженной нечетко очерченной (со стороны миометрия) зоной пониженной плотности.



У ряда больных в процессе пролонгированной II фазы ВМБ наблюдается не только наружная метроррагия, но и кровоизлияние в полость **М** с накоплением небольшого количества крови в просвете между «валиками» слизистой передней и задней стенок. Развивается ограниченный гематометр в виде центрально

расположенного скопления жидкости, окруженного со всех сторон компактным слоем децидуального **Э**, — вытянутой формы (повторяет конфигурацию полости **М**), шириной от 3 до 6–10 мм.

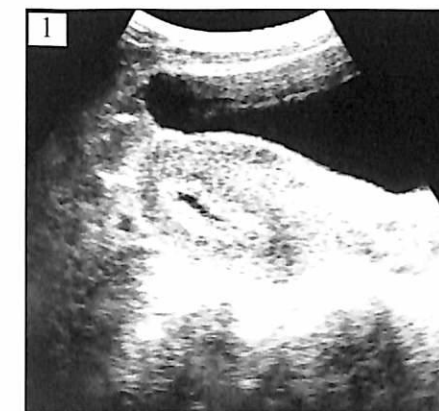
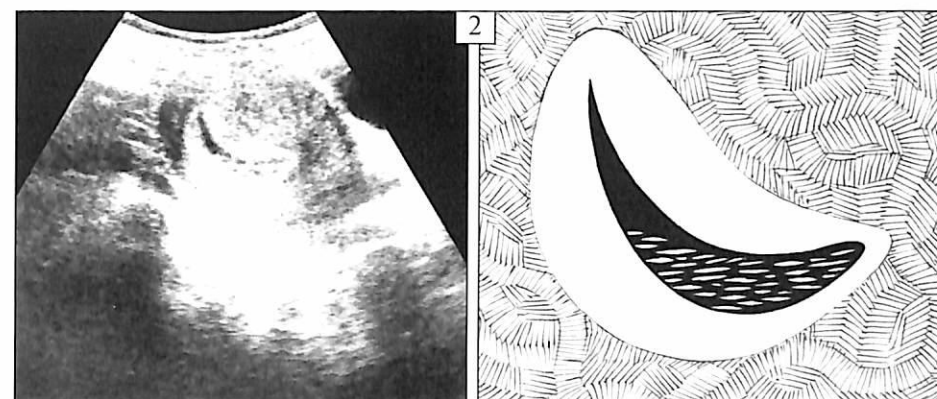


Рис. 70 (1–4). Гематометр, выявленный у больных с нарушенной трубной беременностью.

1. Шелевидный просвет полости **М** (1–3 мм), содержащий жидкость, окруженную со всех сторон плотной и однородной тканью (4–7 мм) гравидарной слизистой.

2, 3, 4 — аналогичные наблюдения, отличающиеся друг от друга только объемом внутриматочного геморрагического скопления и, отчасти, структурой (2 и 4 — кровь со сгустками), а также толщиной ограничивающего его децидуального **Э**.



Значительно реже находящаяся в полости **М** кровь не растекается, как обычно, вдоль просвета (что в большинстве случаев детерминирует вытянутую конфигурацию гематометра), а располагается там компактно — формируется кап-

левидное, веретенообразное или овальное (реже) внутриматочное жидкостное **О**, как правило, определяющееся в процессе ТВ-УЗИ в центральных отделах значительно утолщенной децидуальной слизистой. Продольный размер его не превышает 14–15 мм (чаще всего — в пределах 10 мм), структура однородная или с единичными мелкотяжевыми элементами, «стенки» очень тонкие. В литературе прошлых лет подобная эхокартина описывается как «ложное плодное яйцо» в **М** при ВМБ. Характерно, что, несмотря на небольшую частоту, указанный симптом приводится почти во всех руководствах, статьях и монографиях в качестве свойственного эктопической имплантации явления.

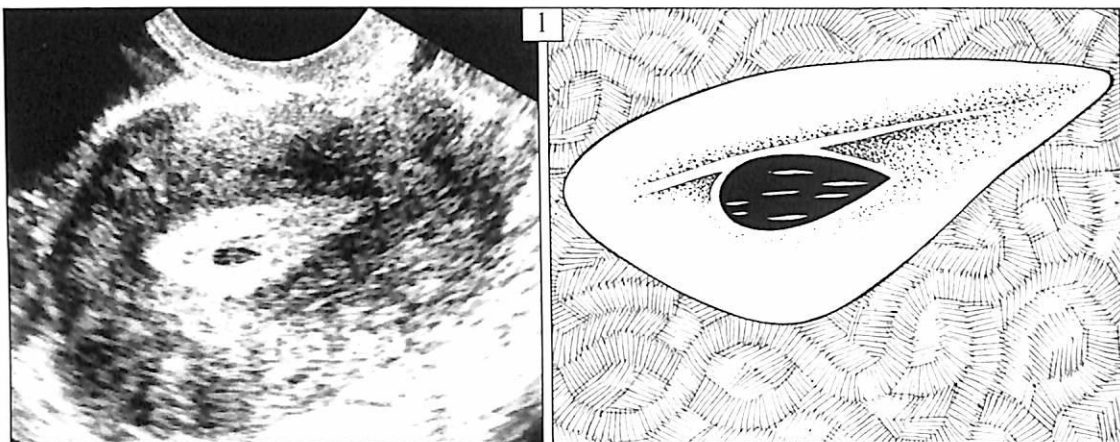
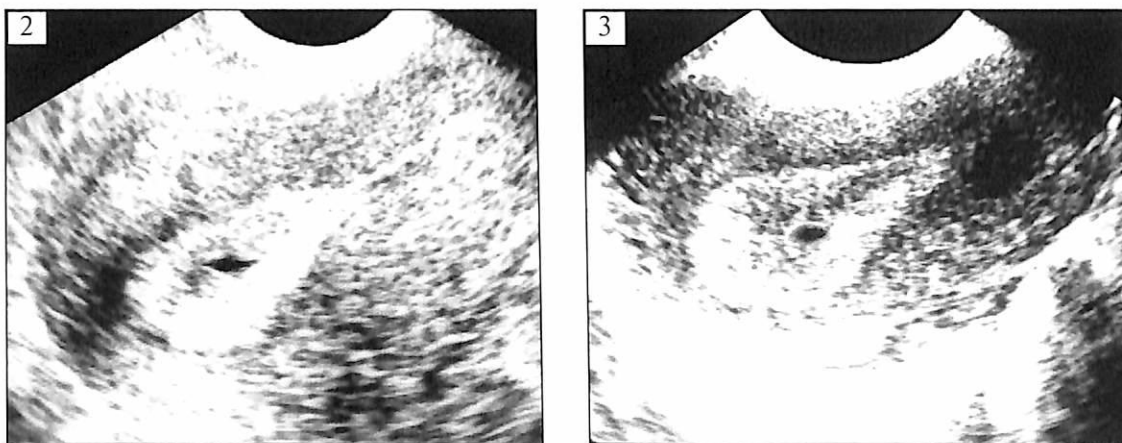


Рис. 71 (1, 2, 3). Небольшое геморрагическое депо на фоне гипертрофированного (обильного) децидуального **Э** — симптом «ложного плодного яйца» в полости **М** при трубной имплантации.

1. В центре утолщенного до 13 мм **Э** имеется локальное скопление жидкости: каплевидной формы, 8 × 4 мм, мелкодисперсного строения.

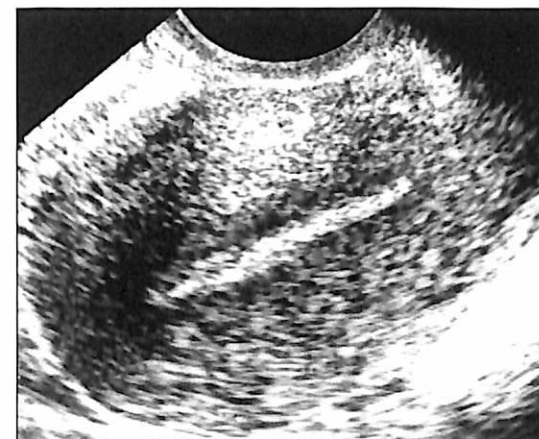
2 и 3. Два примера небольшого гематометра, примерно тех же размеров, что и на рис. 71, 1, но: однородной структуры, веретенообразной (рис. 71, 2) и овальной (рис. 71, 3) формы.



В отдельных случаях, при значительном уменьшении продукции ХГ эктопическим хорионом и, соответственно, падении выработки прогестерона ЖТ-беременности, происходит отторжение и эвакуация из **М** всей децидуальной оболочки,

что сопровождается довольно обильным кровотечением с отхождением фрагментов децидуальной ткани или всего блока гравидарной слизистой. Как правило, этому предшествуют темные мажущие выделения, но иногда кровотечение развивается без предварительной скудной метроррагии. В таких наблюдениях на эхограммах выявляется состояние, аналогичное УЗ-симптоматике полного выкидыша на раннем сроке при маточной имплантации, — полость **М** расширена, от 8 до 20 мм, представляет собой эхонегативную и почти однородную зону, в центре которой имеется линейное эхопозитивное включение (1 — 4–5 мм), образованное организующимися сгустками крови или/и незначительными остатками децидуальной слизистой. Но, в отличие от постабортного периода, в случае ВМБ эхонегативная зона (расширенная полость **М**) на границе с миометрием не имеет четкого ограничения.

Рис. 72. Полость **М** после эвакуации всей децидуальной оболочки в процессе трубного аборта (пояснения в тексте).



Целесообразно упомянуть еще один, очень редко встречающийся, вариант УЗ-строения децидуального **Э**, иногда наблюдающийся, когда хронически протекающая ВМБ длительное время (3–4 нед., свыше месяца) остается нераспознанной, а метроррагия отсутствует или слабо выражена. В таких случаях отмечается весьма значительная гипертрофия слизистой (18–30 мм), обусловленная постоянной и пролонгированной ХГ-прогестероновой стимуляцией, в процессе которой объем гравидарной слизистой нарастает за счет губчатой ткани, а периферический компактный слой истончается. В результате развивается эхокартина, напоминающая избыточно выраженный пролиферативный **Э** трехслойного строения, свойственного для I фазы менструального цикла — между тремя узкими (1–3 мм) эхопозитивными линиями (1 — истонченный компактный слой передней стенки; 2 — центральная разделительная линия; 3 — компактный слой задней стенки) прослеживается низкоплотностное изображение губчатой ткани.

Рис. 73. «Проллиферативный» вид (трехслойное строение) децидуальной слизистой полости **М** при хроническом течении трубной беременности (толщина **Э** достигает 24 мм, остальные пояснения в тексте).



Показанные на рис. 69–73 примеры необычного состояния полости М встречаются редко и по частоте не превышают 6–9% (по некоторым данным, 10–13%) от всех наблюдений хронической или (реже) подостро прерывающейся ВМБ.

Завершая второй раздел главы, представляется полезным суммировать информацию, касающуюся эходиагностики нарушенной ампулярно-трубной беременности... что особенно важно, поскольку именно данный вариант эктопической имплантации встречается наиболее часто (72–83%). С этой целью в таблице 2 сделана попытка объединения различных модификаций УЗ-картины в зависимости от клинических типов течения II фазы ВМБ (трубный аборт) и частоты перечисленных ранее симптомокомплексов.

Таблица 2

Эхографическая симптоматика нарушенной (II фаза) ампулярной трубной беременности

Результаты УЗИ					
1. Полость М. Пл/Я нет; не реже чем в 85–90% случаев содержит утолщенный свыше 12 мм Э с признаками децидуальной перестройки.					
2. Патологический параовариальный объект в одной из параметральных областей, чаще справа.					
Клинические варианты					
Хроническое течение, 72%. Вялотекущий трубный аборт, субъективные проявления которого выражены незначительно или дискретны, или(и) неспецифичны, или отсутствуют.	Организованная тубарная гематома, 64%.		Около-зародышевая гематома I стадии, 23%.	Эктопическое Пл/Я с небольшой ретрохориальной гематомой, 8%.	Гематосальпингс, 5–10%.
	Околозародышевая гематома II стадии	Организованная тубарная гематома, без Пл/Я (встречаются с одинаковой частотой)			
	В 7–12% случаев указанные модификации эхокартины сочетаются с незначительным гемоперитонеумом.				
Подострое течение, 20%. Трубный аборт с нерезко или умеренно выраженной клинической симптоматикой.	Организованная тубарная гематома с Пл/Я (околозародышевая гематома II стадии) или без него, 48%.		Околозародышевая гематома I стадии, 30%.		Гематосальпингс, 22%.
	У 40–43% больных — в сочетании с небольшим или умеренным гемоперитонеумом.				
Острое течение, 8%. Трубный аборт с клиникой обильного или массивного кровоизлияния в полость м/таза. Редко — разрыв стенки ампулы МТр.	Гемоперитонеум, 94–97%. Патологического параовариального О, как правило, не определяется.		Гематосальпингс и гемоперитонеум, 3–6%.	Очень редко — крупный гематосальпингс без признаков экстратубарного кровотечения.	

Приведенные в таблице 2 сведения довольно убедительно показывают, что, как уже отмечалось, главное направление успешной УЗ-верификации нарушенной ампулярно-трубной беременности заключается в поиске и выявлении за пределами М и Я расширенного на том или ином протяжении просвета МТр с гравидарно-геморрагическим содержимым. То есть визуализация организованной тубарной гематомы (с погибшим Пл/Я или без него) и, реже, околозародышевой гематомы I стадии, наблюдающихся при хронической форме трубного аборта у 87%, а в случае подострого заболевания — у 78% больных. Причем наиболее частой эхографической находкой является обнаружение организованного геморрагического скопления, в котором геморрагический субстрат (плотные, компактно располагающиеся сгустки крови) в количественном и качественном отношении преобладает над УЗ-изображением собственно эмбрионального О — отслоенного от стенки трубы и погибшего Пл/Я, к тому же невидимого у половины больных.

Второй по частоте эхографический симптомокомплекс — околозародышевая гематома I стадии, в строении которой эктопическое Пл/Я и перифокальное депо крови находятся (количественно) в примерно одинаковой пропорции.

Начальные явления прерывания ампулярной имплантации (Пл/Я с небольшой ретрохориальной гематомой) удается зафиксировать редко и, как правило, при бессимптомном течении трубного аборта.

Гемопельвиоперитонеум: 1) при хронической форме II фазы ампулярно-трубной беременности наблюдается редко; 2) довольно часто встречается при подостром заболевании; 3) является основным УЗ-признаком острого прерывания ВМБ.

Следует отметить, что для больных и врачей, которые будут работать с конкретной пациенткой после УЗИ, вопросы уточнения эхографического варианта тубарного гравидарно-геморрагического О не существенны. Важен, а точнее — принципиален, только сам факт его присутствия в полости м/таза, свидетельствующий, во-первых, о наличии трубной имплантации, во-вторых, о нарушенном характере эктопической беременности, и поэтому позволяющий сформулировать показания к госпитализации и хирургическому вмешательству. В то же время для эходиагностов знание различных модификаций эхокартины трубного аборта, в том числе и статистических закономерностей их выявления, совершенно необходимо, так как служит базой для своевременной (до появления симптомов острого прерывания) диагностики. Более того, некоторые грани этого теоретического «фундамента» нуждаются в дополнительном обсуждении и, отчасти, переосмыслении. Так, в литературе и большинстве учебных программ главный акцент делается (помимо факта отсутствия Пл/Я в М) на визуализацию эктопической эмбриональной камеры и, правда в меньшей степени, на наличие свободной жидкости (крови) в полости м/таза. По отношению к нарушенной ампулярной имплантации это не совсем правильно. Например, при самом частом клиническом типе трубного аборта — хроническом течении (72%) — отчетливо увидеть в процессе сканирования более или менее убедительное изображение интратубарного зародыша удастся не более чем в 30–36% наблюдений. Это происходит, когда параовариальное патологическое О представлено околозаро-

дышевой гематомой I стадии (23%), эктопическим Пл/Я с небольшой ретрохориальной гематомой (8%) и гематосальпингсом (5%). Гемоперитонеум же при вяло-текущем трубном аборте вообще встречается редко. Аналогичная закономерность, но с явным увеличением выявляемости перечисленных выше показателей имеет место и при втором по частоте (23%), подостром течении II фазы ампулярной нидации, когда хорошая визуализация Пл/Я на фоне интратубарного скопления крови достигается у 52% больных (околозародышевая гематома I стадии — 30%, гематосальпингс — 22%), а частота гемоперитонеума составляет 40–42% и больше.

Таким образом, основным эхографическим симптомом, характерным для хронического (в 64% случаев) и подострого (в 48% случаев) вариантов трубного аборта, несомненно, является визуализация организованной тубарной гематомы, чаще всего (особенно при хроническом течении) — без сопутствующего гемоперитонеума. Данное положение отнюдь не уменьшает клинического значения других симптомокомплексов, а только уточняет теоретические и практические аспекты УЗ-распознавания рассматриваемой патологии и определяет главный вектор направленного эхографического поиска. Без этого результативная эходиагностика II фазы ампулярно-трубной беременности, до перехода ее в терминальную стадию (острое прерывание), невозможна.

Так же, как и при прогрессирующей трубной беременности, первичное УЗИ в фазе прерывания далеко не всегда бывает успешным. Тактика эхографиста в подобной ситуации уже обозначена в предыдущих разделах и в основном сводится к назначению повторного исследования или серии исследований и пр. Но перед этим в УЗ-протоколе непременно нужно отметить, что помимо отсутствия Пл/Я в М и свободной жидкости в полости м/таза за пределами М «патологических О, подозрительных на ВМБ, не обнаружено», или просто — «данных за ВМБ не получено». Дополнительная, но очень важная деталь: если при наличии гравидарного анамнеза в процессе первичного УЗИ эмбрионального объекта в М или вне М не определяется, проведение динамического исследования должно осуществляться, по возможности, в максимально сжатые сроки (особенно если имеются субъективные симптомы, позволяющие думать о трубной беременности), потому что в случае эктопической имплантации, как прогрессирующей, так и нарушенной, в любой непредсказуемый момент может случиться катастрофа — острое прерывание ВМБ.

Частота УЗ-манифестаций трубного аборта выше, чем в период прогрессирующей беременности. В первую очередь, из-за более крупных размеров патологического очага (за счет геморрагического компонента). Кроме того, само по себе геморрагическое депо в области локализованного в МТр Пл/Я (небольшая ретрохориальная гематома, околозародышевая гематома I стадии, гематосальпингс) служит маркером эктопической нидации, так как на фоне эконегативного скопления крови, выполняющего роль контрастной среды, лучше видны эхопозитивные стенки эктопического Пл/Я, а следовательно и вся эмбриональная полость в целом. В других наблюдениях, когда среди плотных сгустков крови эктопического Пл/Я не видно (организованная тубарная гематома) или УЗ-изображение его неотчетливо и неубедительно (околозародышевая гематома II стадии), относительно боль-

шое число эффективных исследований обусловлено существенным расширением просвета беременной МТр, заполненной организованными геморрагическими элементами, причем нередко на довольно значительном протяжении. То есть — присутствием в полости м/таза довольно крупного параметрально-параовариального О, по своим оптико-акустическим качествам отличающегося от окружающих его органов и тканей.

Использование в повседневной работе всех приведенных выше симптомокомплексов и клинико-эхографических алгоритмов позволяет любому специалисту, со стажем работы в сфере акушерства и гинекологии не менее трех лет, диагностировать на амбулаторном этапе обследования нарушенную ВМБ у 70% больных. Разумеется, если соблюдаются три основных принципа УЗ-диагностики эктопической беременности, актуальных при любой локализации Пл/Я в МТр и фазе патологического гравидарного процесса.

- Высокая степень «ВМБ-настороженности», диктующая необходимость учета возможности трубной имплантации, как вполне реальной диагностической гипотезы, у всех женщин, проходящих УЗИ с подозрением на БРС. Особенно, если наряду с нарушением менструального цикла, позволяющим думать о совершившемся зачатии, имеются сопутствующие субъективные признаки (кровянистые выделения, боли), которые могут быть следствием эктопической имплантации.
- Обязательное выполнение, в тех случаях, когда Пл/Я в М не видно, направленного эхографического поиска симптомов трубной нидации, цель которого: 1) обнаружение в полости м/таза патологического параметрально-параовариального О; 2) идентификация его в качестве гравидарно-геморрагического объекта — просвета беременной МТр; 3) изучение всех отделов лоцируемого объема на предмет выявления признаков экстра-тубарного кровотечения — свободной жидкости (крови).
- Комплексный подход к решению диагностической задачи, означающий сочетанный анализ результатов УЗИ (обзорно, ТВ), клинической картины (жалобы, анамнез, гинекологический осмотр), данных тестирования на ХГ (моча, кровь).

Однако в практике амбулаторной эхографической службы одно (или даже несколько) из звеньев диагностического процесса часто «выпадает», поэтому действительная выявляемость нарушенной трубной беременности обычно не превышает 45–50%. В то же время у некоторых врачей-УЗИ, обладающих не только значительным опытом, но и многими индивидуальными исследовательскими качествами и навыками, перечисленными в первом разделе главы, данный показатель достигает 80% и более (в пределах 85–90%). Но это бывает редко и пока еще (а может быть и никогда?) не может претендовать на роль обязательного для всех УЗ-кабинетов правила.

Значительная частота «пропущенных» в процессе УЗИ (в догоспитальный период) нарушенных ампулярно-трубных беременностей (от 30 до 65% случаев, чаще всего — более чем у половины больных) отмечается в основном при хроническом и, реже, подостром течении заболевания. Дело в том, что УЗ-семиотика указанных клинических форм трубного аборта никак не относится к разряду яр-

ких эхографических проявлений. Достоверная визуализация просвета беременной трубы с гравидарно-геморрагическим содержимым почти всегда сопряжена с большими сложностями, а нередко, в силу многих негативных факторов (зачастую непреодолимых), вообще невозможна.

В большинстве наблюдений своевременно распознанных ампулярных имплантаций диагностический процесс протекает весьма напряженно и требует не только концентрации внимания, целеустремленности и методичности, но и объективности, а также ответственности — как во время оперативного анализа оптико-акустической информации, так и при формулировке (однозначно или ориентировочно) заключения в УЗ-протоколе. В связи с этим, абстрагируясь от «статистических выкладок» и учитывая сравнительную редкость эктопических имплантаций, все случаи своевременно диагностированной с помощью УЗИ хронической и подострой форм трубного аборта, несомненно, должны рассматриваться в качестве серьезных событий профессиональной деятельности эхолога, показывающих его высокую квалификацию, заслуживающих уважение коллег и благодарность пациентов.

Глава III

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПОЗНАВАНИЯ ВМБ

Приведенные в предыдущей главе сведения и иллюстрации, по существу, отражают, так сказать, идеальную эхографическую картину трубной беременности, когда патологический параметрально-параовариальный очаг хорошо виден во время сканирования и обладает рядом признаков, позволяющих, при наличии гравидарного анамнеза, опознать его в качестве внематочного эмбрионального объекта (эктопическое Пл/Я, эктопическое Пл/Я в сочетании с небольшой ретрохориальной гематомой, околозародышевая тубарная гематома I стадии, гематосальпинкс). Или же, если О не имеет специфических эмбриональных черт (организованная интратубарная гематома) или они выражены слабо (околозародышевая гематома II стадии), — доказать, в результате клинико-эхографических и гестационных сопоставлений, присутствие данной УЗ-находки в полости м/таза как следствие эктопической имплантации. Однако в реальной клинической деятельности все далеко не так просто и логично... как кажется после ознакомления с главой II, или как всем эходиагностам, работающим в сфере акушерства и гинекологии, несомненно хотелось бы.

Каждому клиницисту хорошо известно, что субъективные и анамнестические проявления трубной беременности, а также результаты гинекологического осмотра почти всегда неспецифичны, а УЗ-признаки патогномоничны у очень небольшого числа больных. Чаше всего эхографист, как правило, неожиданно столкнувшийся с необходимостью верификации или исключения ВМБ, сразу же попадает в сложное, а иногда запутанное и даже двусмысленное, и уж наверняка — неприятное положение, когда одни и те же клинические или/и эхографические симптомы могут быть следствием совершенно разных патологических состояний. В самом деле, в глубине души все мы — довольно наивные материалисты и всегда хотим, чтобы все было немедленно объяснено рационалистически. То есть сведено к группе уже известных фактов — симптомокомплексу, знакомому по литературным источникам и из личного опыта. А о диалектическом, точнее — дифференциально-диагностическом, аспекте проблемы часто забывают или не уделяют ему достаточного внимания. Вместе с тем, между уже известными клинико-эхографическими явлениями и вызвавшей их, пока еще не уточненной, причиной может лежать значительное число дополнительных связей. И тогда диагностическая задача превращается в уравнение со многими неизвестными... или вообще представляется неразрешимой.

В связи с этим, после обнаружения за пределами М патологического объекта, подозрительного на ВМБ, неотъемлемой частью исследования является проведе-

ние уточняющей нозологической дифференциации. Ведь не секрет, что существует несколько патологических негравидарных **О**, которые в виде дополнительной, вполне «безобидной» детали общей эхокартины иногда сопутствуют невидимой при первичном УЗИ маточной БРС и, в случае некачественной идентификации, могут быть неверно расценены как ВМБ. То же самое касается особенностей оценки морфо-функционального состояния **Я** у беременных, а также некоторых элементов сосудистого русла. Следовательно, в рассматриваемой ситуации, когда имеется задержка месячных и, очень часто, факт зачатия подтвержден положительным тестом на ХГ, но в **М** Пл/Я не видно, а вне **М** лоцируется параовариальное полостное **О**, — единственным «инструментом», предохраняющим пациентку и всех специалистов (в первую очередь, врачей-УЗИ), участвующих в ее судьбе, от гипер- и гиподиагностики ВМБ, является обязательное и методичное проведение дифференциальной диагностики. Конечно же, указанные выше клинические задачи встречаются редко, а риск неадекватного «распознавания» ВМБ преувеличен. Но надо учитывать два факта: 1) все приводимые здесь и далее положения взяты из повседневной работы УЗ-кабинетов, обеспечивающих амбулаторное звено акушерско-гинекологической помощи; 2) почти все, предсказанное и обоснованное теорией, рано или поздно воплощается на практике; 3) любая диагностическая проблема имеет несколько граней — вопрос в том, какую выбрать?

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Данный раздел включает вопросы чисто эхографической дифференциации. То есть разбирается одна-единственная диагностическая задача — когда у женщины, обследуемой с подозрением на беременность, в полости **М** Пл/Я не определяется, а за ее пределами имеется параовариальное или представляющее параовариальным патологическое **О**, которое нужно опознать как эктопический гравидарный объект или исключить такую возможность и, одновременно, установить (точно или ориентировочно) его природу.

Прогрессирующая беременность

На первом этапе развития БРС (2-3 — 4-5 НБ) эктопическое Пл/Я нужно дифференцировать со всеми небольшими (7–17 мм в $\varnothing$) параовариальными полостями, содержащими однородную жидкость, поскольку в эмбриональной камере в указанный хроно-гравидарный период УЗ-изображения эмбриона и/или желточного мешка нет — структура амниона однородная. Число таких патологических **О** весьма ограничено и может быть сведено к двум нозологическим единицам — параовариальной кисте и гидросальпинксу. У женщин с БРС они встречаются очень редко. Более или менее точное число назвать трудно; ориентировочно — от 2 до 7% (с некоторым преобладанием частоты ретенционно-параовариальных кист).

Сведения о них изложены в монографии «УЗИ при БРС» (М., 2002. Гл. III). Коротко же, УЗ-семиотика этих **О** заключается в наличии за пределами **Я** (интактного или с функциональной камерой — лютеиновой или фолликулярной) патологической полости правильной округлой или овальной формы, с очень тонкими стенками (0,3–2 мм), заполненной однородной жидкостью. **Параовариальная киста** и **Я** легко смещаются относительно друг друга при локальной компрессии. Тракции ТВ-датчиком безболезненны. Субъективных проявлений нет. УЗ-обнаружение параовариальных кист почти всегда происходит случайно, в процессе УЗИ по поводу БРС или функционального циклического нарушения, реже — при профилактическом обследовании.

Три разных наблюдения, относящихся к молодым женщинам, обратившимся на УЗИ с подозрением на БРС (небольшая менструальная задержка, гравитест $\oplus$). Однако при первичном исследовании Пл/Я в **М** не выявлено, а параовари-

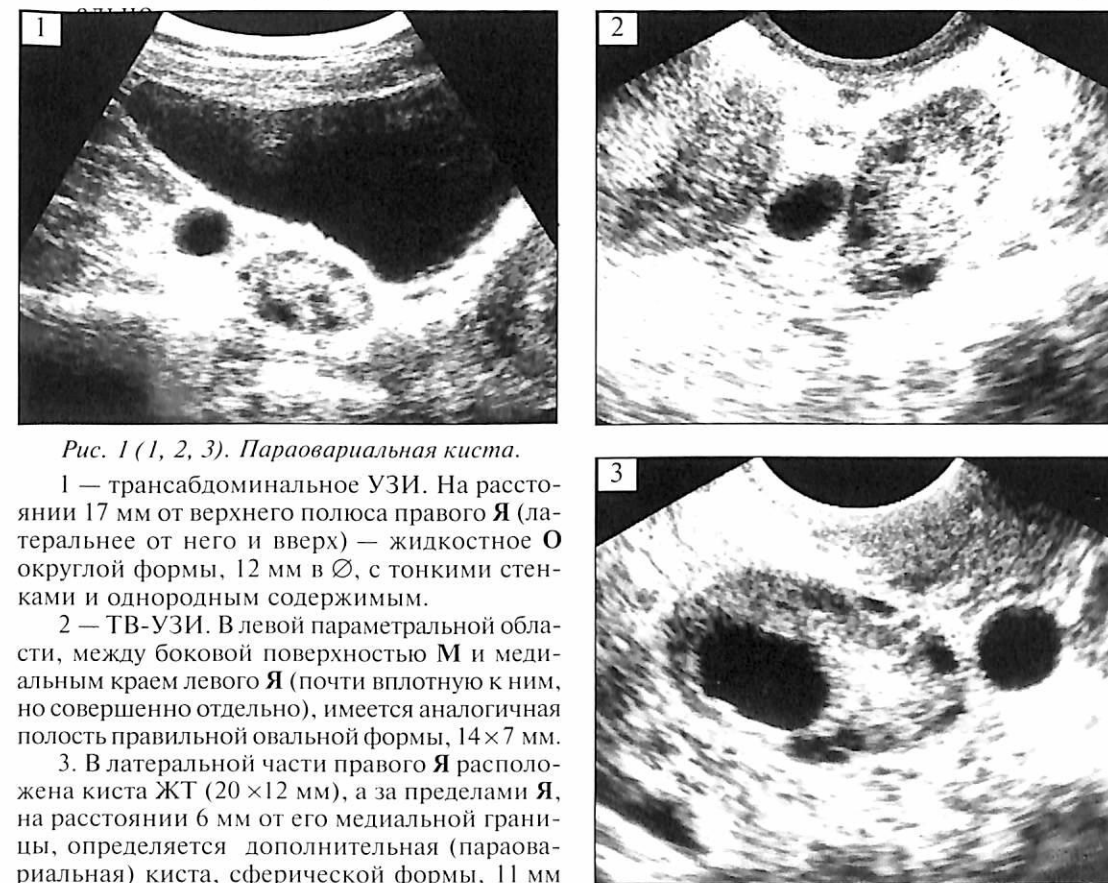


Рис. 1 (1, 2, 3). Параовариальная киста.

1 — трансабдоминальное УЗИ. На расстоянии 17 мм от верхнего полюса правого **Я** (латеральнее от него и вверх) — жидкостное **О** округлой формы, 12 мм в $\varnothing$, с тонкими стенками и однородным содержимым.

2 — ТВ-УЗИ. В левой параметральной области, между боковой поверхностью **М** и медиальным краем левого **Я** (почти вплотную к ним, но совершенно отдельно), имеется аналогичная полость правильной овальной формы, 14×7 мм.

3. В латеральной части правого **Я** расположена киста ЖТ (20×12 мм), а за пределами **Я**, на расстоянии 6 мм от его медиальной границы, определяется дополнительная (параовариальная) киста, сферической формы, 11 мм в $\varnothing$, тех же УЗ-качеств.

У всех трех пациенток выполненное через 1–3 недели контрольное УЗИ убедительно показало маточную беременность (невидимую при первичном исследовании из-за очень небольших размеров имплантированного в Э Пл/Я).

Гидросальпинкс встречается преимущественно у женщин средней и старшей возрастных групп, перенесших воспалительные заболевания придатков **М**. Патогне-

нетический механизм: после острого сальпингита (или обострения хронического процесса) развиваются пери- и интратубарные спайки, вызывающие сужение, а потом окклюзию просвета трубы на том или ином уровне. Выше места окклюзии может накапливаться секретируемая эндосальпингсом жидкость, что постепенно приводит к мешотчатому расширению **МТр**. В большинстве случаев протекает бессимптомно. Реже на стороне гидросальпинкса (вне беременности) отмечаются не сильные ноющие боли (усиливающиеся во время беременности), связанные с наличием спаек. У некоторых пациенток подобные болевые ощущения возникают только в период БРС, что обусловлено растяжением спаек постоянно растущей **М**.

На эхограммах: отдельно от **Я** выявляется жидкостное **О** вытянутой формы, нередко двухкамерное за счет тонкой внутренней перегородки. Смещаемость патологической полости относительно **Я** часто ограничена из-за спаек, которые иногда видны при эхолокации, как правило, между **Я** и стенкой параовариальной камеры, контур которой в этом месте тяжистый. В 55–68% случаев тракции ТВ-датчиком болезненны. В остальном УЗ-характеристики аналогичны параовариальной кисте.

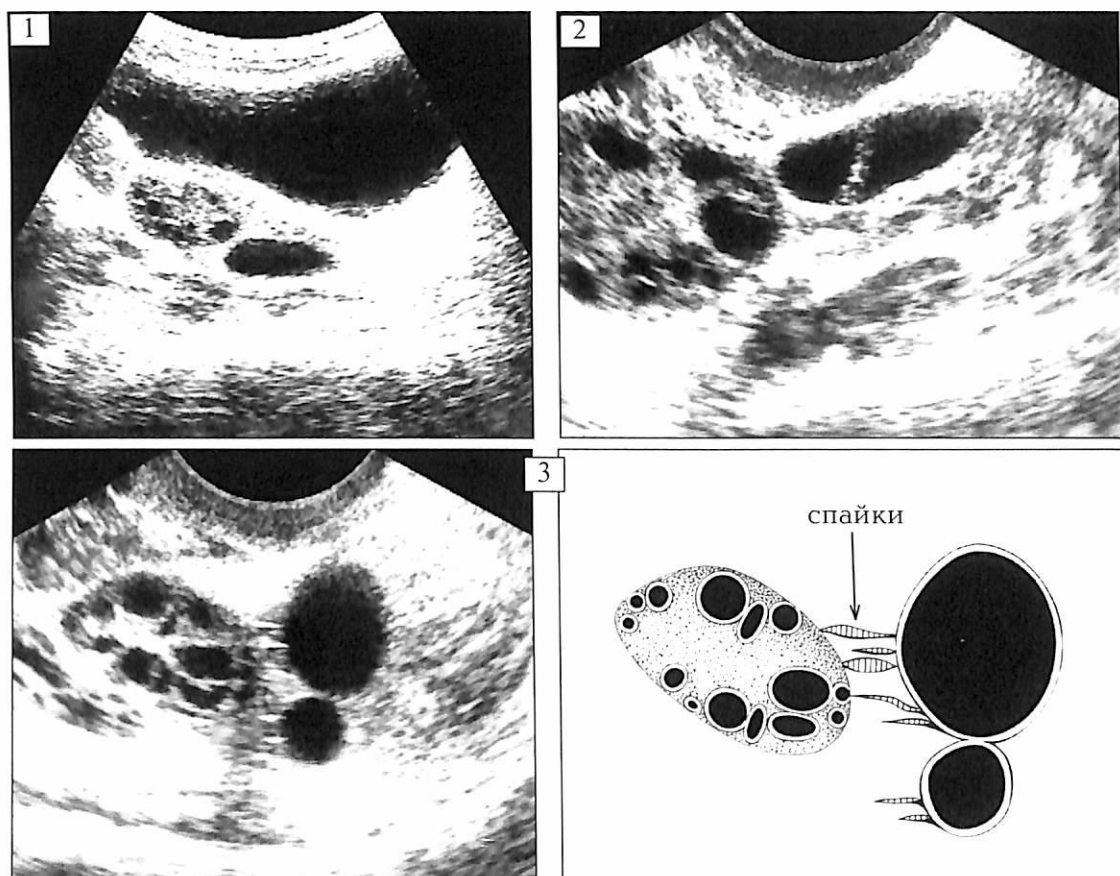


Рис. 2. Три примера ограниченного гидросальпинкса.

1. Трансбрюшное УЗИ. Рядом с нижне-медиальным полюсом правого **Я** (не изменен) имеется параовариальное жидкостное **О** неправильной вытянутой формы; 24 × 10 мм, однокамерное, стенки очень тонкие, структура однородная.

2. ТВ-УЗИ. Около верхне-латерального края левого **Я** (вплотную к нему, но отдельно) лоцируется двухкамерная полость вытянутой конфигурации, 22 × 9 мм, с ровными стенками (≈1 мм) и однородным содержимым.

3. Вдоль медиальной поверхности правого **Я**, на расстоянии 5–11 мм от овариального края, — аналогичная (как на рис. 2.2) камера, латеральный контур которой (обращенный к **Я**) тяжистый за счет множественных линейных спаек.

Как уже отмечалось в начале предыдущей главы, кардинальная отличительная черта параовариальной кисты и гидросальпинкса от эктопического Пл/Я (до 4–5 НБ) — очень тонкие стенки патологической полости (1–2,5 мм), зачастую даже невидимые при эхолокации. В то же время толщина капсулы внематочной эмбриональной камеры значительно больше и колеблется от 3 до 5–6 мм, что детерминировано наличием дополнительной хориальной оболочки. Кроме того, для гидросальпинкса характерны, по сравнению с параовариальной кистой и амниотической полостью, вытянутая форма и, нередко, 2–3-камерное строение.

Сравнительно большая толщина стенок эктопического Пл/Я является довольно надежным дифференциальным признаком, позволяющим достоверно отличать эмбриональный объект (2–3 — 4–5 НБ) от почти любых параовариальных жидкостных **О** негравидарной природы.

В том числе — и от небольшой кисты ЖТ. Иногда эта функциональная полость (в 25–47% случаев сопутствующая периоду БРС) может значительно выступать за контуры **Я**. И тогда большая часть кисты (70–95% ее объема) оказывается за пределами овариального края. Возникает прецедент для сомнений — исходит ли это жидкостное **О** из **Я** или дислоцируется отдельно? То есть, располагаясь рядом с **Я**, когда наружные границы **Я** и **О** соприкасаются, на самом деле патологический очаг топографически и морфогенетически не связан с **Я** и поэтому, с учетом специфики рассматриваемого контингента, должен быть отдифференцирован от внематочной эмбриональной камеры. В большинстве случаев это удастся сделать: при оценке стенок полости — в процессе полипозиционного сканирования, которое, если это киста ЖТ, как правило убедительно доказывает овариальный генез объекта. Для этого наиболее эффективны продольные и аксиальные проекции, «захватывающие» одновременно и **О**, и **Я**. На таких эхосрезх сопредельная часть лютеиновой кисты всегда оказывается частично (на 7–30% и более) погруженной в ткань **Я**, а в пограничной области последнего отчетливо выявляется серповидный дефект овариального края.

В ряде наблюдений диагностическая задача несколько усложняется, когда стенки кисты ЖТ утолщены от 3 до 8 мм за счет мягкотканного компонента ЖТ-беременности (средней плотности, однородной структуры), сгруппированного вдоль капсулы полости и представляющего вместе с ней один и тот же функциональный элемент **Я** в период БРС — мягкотканно-жидкостное лютеиновое **О**, вариант нормы. В таких случаях характер оболочки небольшой овариальной полости, на первый взгляд представляющейся параовариальной, напоминает эктопическое Пл/Я сроком от 2–3 до 4–5 НБ. Для уточнения необходимо дать, по возможности, конкретный ответ на один принципиальный в подобной ситуации

вопрос — является ли это О параовариальным (эктопическое Пл/Я) или оно исходит из Я (мягкотканно-жидкостное ЖТ в эхонегативный период физиологической БРС)?

Таким образом, успешная дифференциация, а следовательно и правильный диагноз, целиком и полностью зависят от грамотного определения топографии объекта. Это достигается с помощью углубленной и методичной многопроекционной эхолокации, проводимой с использованием трансабдоминально-трансвагинальной компрессии («двуручный способ» ТВ-УЗИ), дополняемой селективными тракциями как **Я**, так и располагающегося рядом с ним **О**. В процессе такого исследования внимательно прослеживаются контуры **О** и **Я**, что позволяет изучить взаимоотношения между внешней границей подозрительной полости и овариальным краем. Параллельно уточняется характер их подвижности во время сочетанно выполняемых пальпации через переднюю брюшную стенку (свободной рукой исследователя) и тракций ТВ-датчиком. При этом выясняются следующие топографические особенности:

- **мягкотканно-жидкостное ЖТ** (исходит из **Я**, интимно связано с ним) — как бы опущено, погружено в ткань **Я**, а внешняя граница его пересекает контур **Я** (контур кисты заходит за контур **Я**), вызывая дугообразную деформацию овариального края в этом месте; под воздействием движений ТВ-датчика лютеиновая полость и **Я** смещаются вместе, неотделимы друг от друга;
- **эктопическое Пл/Я** (параовариальное **О**) — границы объекта и **Я** могут соприкоснуться, но никогда не пересекаются (нет «захождения» контуров), а в пограничной области нет краевого дефекта **Я**; локальная компрессия всегда, даже при наличии спаек, показывает раздельную смещаемость **О** относительно **Я**, и/или наоборот.

При краевом расположении ЖТ жидкостной компонент его, как правило, значительно выходит за контуры **Я** (иногда целиком), имитируя параовариальное **О**; а мягкотканная часть, локализуемая в области овариального полюса полости, вдавливается внутрь **Я**, составляя с ним единое целое.

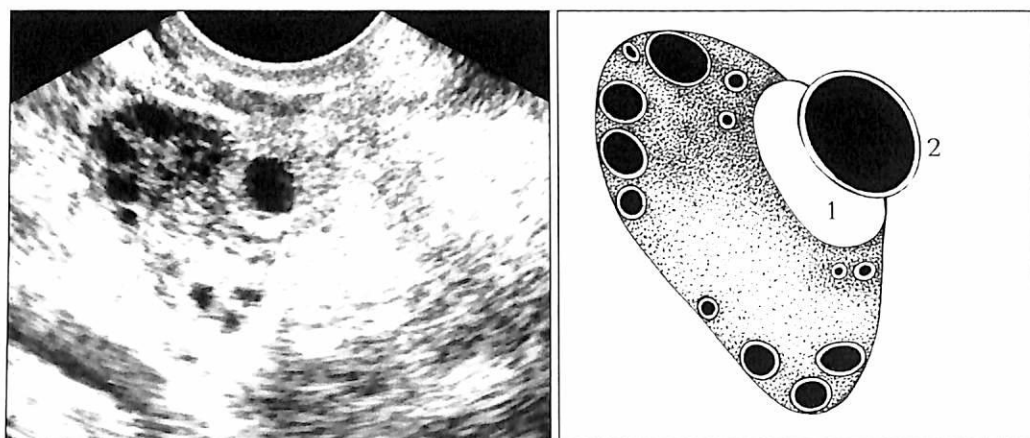
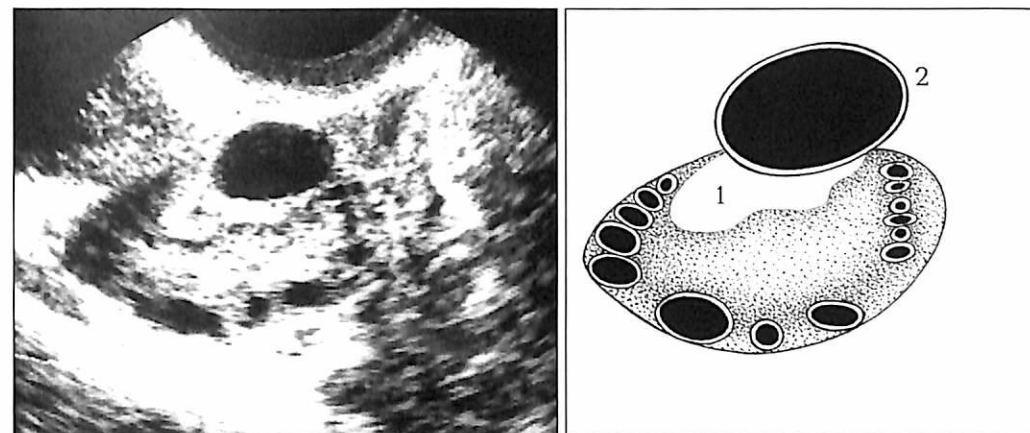


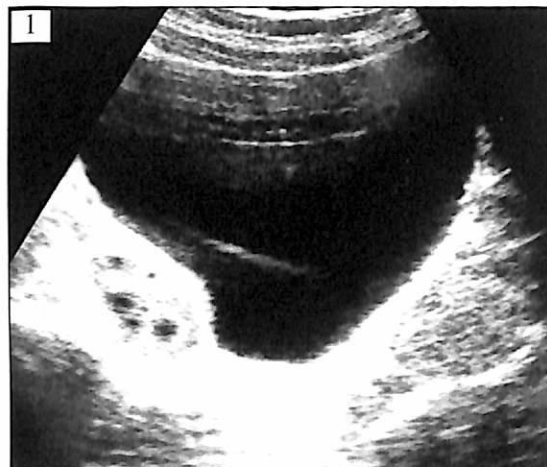
Рис. 3. Два примера краевого расположения в **Я** мягкотканно-жидкостного ЖТ-беременности (1 — мягкотканый компонент ЖТ; 2 — полость. Остальные пояснения в тексте).



Значительно реже, при смешанном строении ЖТ-беременности, мягкотканый компонент диффузно охватывает тонкую оболочку небольшой кисты. Вернее, содержащая жидкость полость находится в центре лютеинового тела, а компактная ткань муфтообразно окружает кисту по периферии, что эхографически проявляется в виде циркулярно утолщенных от 2 до 7 мм стенок жидкостного **О**. Обычно подобный тип архитектоники ЖТ наблюдается при внутриовариальном, интрамуральном положении его в **Я**. С формально-эхографической точки зрения такое лютеиновое **О** неотлично от эктопического Пл/Я сроком до 4–5 НБ. Особенно в случае локализации ЖТ в крайне-нижнем или верхнем (реже) полюсах **Я**, что создает впечатление о наличии параовариального **О**, плотно примыкающего к поверхности **Я**. Подозрения на этот счет могут усугубляться еще и тем, что нередко окружающий лютеиновую полость (с относительно толстыми и плотными стенками) небольшой объем овариальной ткани формирует иллюзию о дополнительном низкоплотностном ободке, аналогичном «симптому двухконтурности» оболочки эмбриональной камеры, имплантированной в **МТр**. Иногда в указанной ситуации возникает весьма серьезный прецедент для исключительно принципиальной дифференциации, цель которой проста и понятна — установление природы замеченного **О** (ЖТ или эктопическое Пл/Я) путем определения его топографии, иначе говоря, путем уточнения анатомических взаимоотношений между объектом и **Я**.

Дифференциально-диагностический алгоритм аналогичен изложенным выше вариантам и заключается в полипозиционном (многопроекционном, разноразмерном) сканировании в сочетании с целенаправленной (локальной, селективной) компрессией изучаемых объектов. В процессе такого исследования, служащего обязательным звеном УЗИ при подозрении (пусть даже самом ничтожном) на ВМБ, почти всегда устанавливается истина. В частности, если имеет место ЖТ-беременности (смешанного строения, с муфтообразно окружающим полость мягкотканым компонентом и располагающемся в одном из полюсов **Я**), зачастую достаточно незначительного поворота, смещения или наклона ТВ-датчика, чтобы увидеть, как общий овариальный контур плавно переходит с «интактной» части **Я** на **О**, а собственно **О** самым естественным образом «вписывается» в общую конфигурацию **Я**. То же самое относится и к овариальной ткани, лоцируе-

мой между капсулой ЖТ и внешней границей **Я**. Ну и конечно же, пальпаторно-тракционный способ сканирования неизменно демонстрирует синхронную подвижность обоих объектов или, иначе говоря, показывает, что ЖТ неотделимо от основной массы **Я**. Все эти приемы выполняются до тех пор, пока не будет достигнуто состояние, называемое «симптомом повторяемости» УЗ-данных, что свидетельствует об объективности и достоверности визуальных впечатлений и убеждает исследователя в правильности диагностического решения.



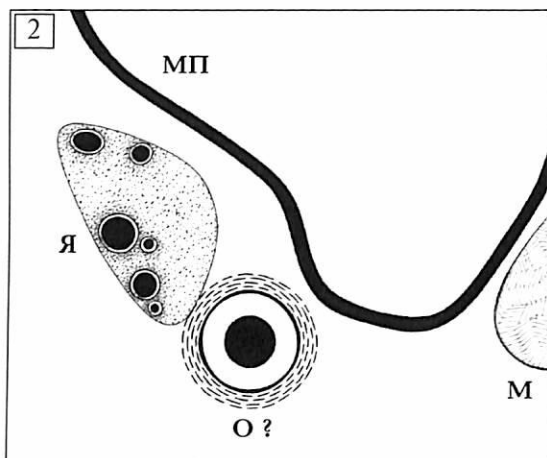
П., 20 лет. УЗИ по поводу нежелательной БРС (задержка месячных 6 дней) — в полости **М** имеется утолщенный до 14–15 мм **Э**, эмбрионального объекта не определяется.

*Рис. 4 (1–4). Мякотканно-жидкостное ЖТ-беременности в нижнем полюсе **Я** — вариант эхокартины, требующий дифференциации с прогрессирующей ВМБ (3 НБ).*

1. При трансабдоминальном исследовании (обзорная эхограмма правой половины полости м/таза) в области нижнего полюса правого **Я** выявлено дополнительное полостное **О**, по своим размерам и УЗ-качествам идентичное эктопическому Пл/Я сроком 3 НБ: общие размеры 17 мм в $\varnothing$, диаметр полости 9–10 мм, содержимое однородное; вокруг капсулы видна узкая зона пониженной эхоплотности. Создавалось довольно устойчивое впечатление о том, что **О**, вплотную примыкая к нижне-медиальной поверхности **Я**, располагается параовариально.

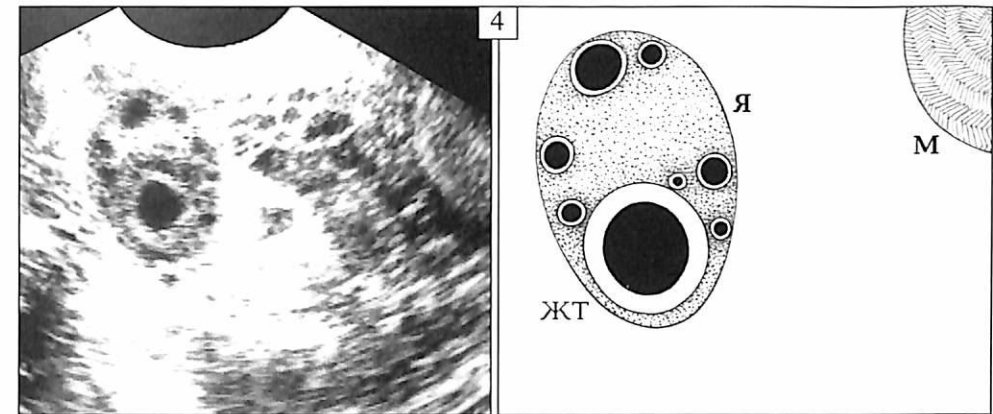
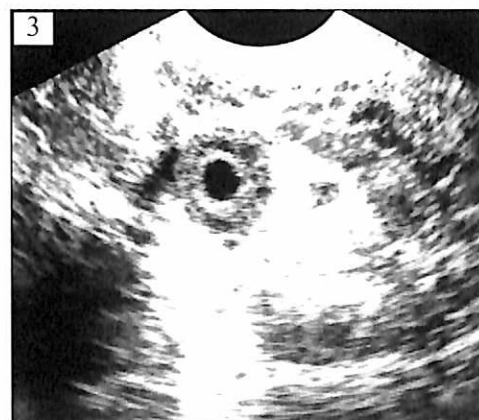
2. Схема, отражающая первоначальные топо-морфологические представления о состоянии и анатомических взаимоотношениях правого **Я**, **О** и **М**.

Заподозрена ВМБ. Для уточнения диагноза исследование продолжено (после опорожнения МП) с помощью ТВ-датчика.



3. Изолированный эхосрез нижнего полюса **Я**. В процессе ТВ-сканирования первичные визуальные «ощущения» были примерно такими же, как и на первом этапе УЗИ — в проекции нижней части **Я** имеется полость с диффузно утолщенными до 4 мм стенками, окруженная циркулярным эконегативным ободком.

4. Однако при смещениях ТВ-датчика вверх с одновременными осевыми поворотами получены многочисленные продольные и аксиальные эхосрезы, «захватывающие» и **О**, и овариальную ткань,



убедительно показывающие, что изучаемый объект intimately связан с **Я** и локализуется в центре его нижнего полюса. Это подтверждалось локальными тракциями, во время которых **О** и **Я** смешались синхронно, без свойственного параовариальному объекту «люфта».

Таким образом, с помощью полипозиционного ТВ-УЗИ был доказан внутриовариальный характер дополнительного мякотканно-жидкостного **О**, являющегося, следовательно, ЖТ-беременности, смешанного строения (с циркулярным, относительно полости, расположением компактной лютеиновой ткани), а не эктопическим Пл/Я.

Назначено контрольное УЗИ через неделю — в полости **М** обнаружено Пл/Я, соответствующее 3–4 НБ.

В единичных случаях некоторые сомнения на предмет возможной эктопической нидации могут возникать, если в сканирующую проекцию попадает поперечный или косой эхосрез крупного параметрально-параовариального сосуда, УЗ-сечение которого имеет правильную округлую или овальную форму, тонкие стенки и однородную структуру. Временные, можно сказать, мимолетные, предположения на этот счет быстро исчезают в процессе динамичного манипулирования датчиком, демонстрирующего значительную протяженность просвета (тубулярность) сосудистого элемента и разветвленный тип строения. Эти патогномоничные для сосудов особенности (ангиоархитектоника) служат надежной основой для точной дифференциации с любыми другими содержащими однородную жидкость параовариальными **О**.

В 4–5 НБ, когда при прогрессирующем развитии трубной беременности внутри амниона уже определяется желточный мешок, но пульсирующего эмбриона еще не видно, за эктопическое Пл/Я может быть принята небольшая тератодермоидная киста (до 18–20 мм в $\varnothing$, с хорошо выраженной полостью), рядом с которой определяется неизменная часть **Я**. При этом дермоидный «бугор», вызывающий утолщение стенки полости, имитирует хориальную оболочку эмбриональной камеры, а характерные для кистозной тератомы тяжелые включения — желточный мешок. В то же время направленное исследование выявляет два кардинальных различия: 1) по сравнению с имплантированным в МТР Пл/Я тератодермоидное **О** исходит из **Я**, интактная часть которого серповидно окружает внешнюю поверхность пограничного отдела кисты; к тому же при локальной компрессии они неотделимы друг от друга, intimately связаны между собой; 2) мно-

жественные тяжелые или волокнистые включения внутри кистозной тератомы расположены хаотично и/или исходят из внутренней поверхности бугра (капсулы); в отличие от них желточный мешок амниона является одиночным **О**, всегда имеет совершенно замкнутую кольцевидную форму и лоцируется в полости либо отдельно от стенок, либо пристеночно.

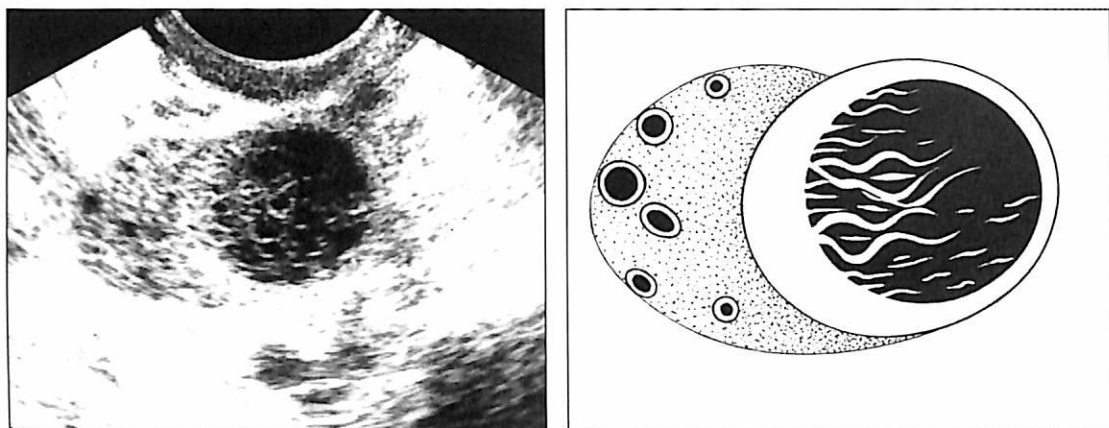


Рис. 5. Небольшая дермоидная киста, случайно выявленная во время УЗИ по поводу БРС.

Первичное исследование в эхонегативный период маточной имплантации (пояснения в тексте). В дальнейшем: 1) контрольное УЗИ — Пл/Я в **М**, в остальном — данные те же; 2) УЗИ через 2 месяца после медикаментозного прерывания беременности — патологический очаг в **Я** без динамики; 3) лапароскопическая резекция **Я** — кистозная тератома.

Иногда почти такая же УЗ-картина, как и при небольшой кистозной тератоме, наблюдается у мягкотканно-жидкостного ЖТ-беременности с незначительным кровоизлиянием в просвет, обуславливающим дисперсное или тяжелое строение лютеиновой полости (протекает бессимптомно, вариант нормы). В таких наблюдениях (ЖТ имеет сходство с тератодермоидным **О**), после исключения ВМБ (дифференциально-диагностические критерии прежние) и выяснения состояния гравидарного процесса (повторное УЗИ), для уточнения диагноза назначается контрольное исследование «вне беременности». Если же женщина сохраняет беременность, то в процессе УЗ-мониторинга изображение ЖТ постепенно уменьшается в размерах и исчезает, а при дермоидной кисте эхокартина остается неизменной. В последнем случае пациентку нужно предупредить, что данная врожденная патология не препятствует прогрессированию беременности и практически безопасна в плане возможных осложнений (перекрута ножки, разрыва, малигнизации).

Целесообразно подчеркнуть, что в рассматриваемой ситуации — когда при УЗИ (первичном, а тем более — повторном) по поводу беременности с предполагаемым по гестационным подсчетам сроком 4 и 4-5 НБ Пл/Я в **М** не видно, а за ее пределами лоцируется какое-либо дополнительное жидкостное **О** — вопросы дифференциальной диагностики с ВМБ весьма актуальны, особенно при наличии положительного грави-теста, потому что в подавляющем большинстве слу-

чаев маточной имплантации, при менструальной задержке от 13 до 18–20 дней, в полости **М** отчетливо выявляется типичный эмбриональный объект. По этой же причине, а также с учетом существенных трудностей УЗ-верификации трубных нидаций, актуальность «ВМБ-настороженности» сохраняется в полной мере во всех наблюдениях эхонегативной (правильнее сказать — пока еще недоступной для УЗ-манифестации) формы маточной БРС.

Вместе с тем, факт отсутствия УЗ-изображения эмбриональной камеры в **М** на первом этапе развития БРС (до 4-5 НБ) не должен удивлять или чрезмерно настораживать исследователя в плане возможной эктопической нидации. Как известно, варианты нетипичного течения маточной БРС, в которых УЗ-манифестация беременности запаздывает или, другими словами, отстает на 1–2 недели от обычной гравидарно-эхографической хронологии (поздняя УЗ-выявляемость Пл/Я в **М**), — отнюдь не редкость в указанный период. У женщин с обычно регулярным менструальным циклом данное явление может наблюдаться под влиянием следующих, как правило, случайных и сугубо индивидуальных для настоящей беременности факторов: 1) поздняя овуляция, детерминирующая «запоздалое» наступление зачатия; 2) относительно низкий темп роста имплантированной в **Э** бластоцисты, до величины, обеспечивающей УЗ-визуализацию Пл/Я; 3) замедленный транспорт зиготы по **МТр**; 4) удлинение фазы имплантации вследствие необычно затянувшегося иммунологического конфликта между бластоцистой и материнской тканью; 5) небольшой объем жидкости в трофобластической полости («первичное маловодие»). Характерно, что по мере прогрессирования беременности наблюдающиеся в период БРС гестационно-эхографические расхождения обычно нивелируются.

Частота эхонегативной формы маточной имплантации в сроки 3 и 3-4 НБ составляет в среднем 15–18%, а в 4 и 4-5 НБ колеблется от 3 до 10%, т.е. обычно превышает частоту ВМБ (1,8–4%). Кроме того, нельзя забывать, что для пациентов с нерегулярными месячными расхождения результатов УЗИ с гестационными подсчетами довольно типичны. В свете приведенных фактов можно с большой долей уверенности утверждать, что врачу-УЗИ, столкнувшемуся с эхонегативной формой БРС (Пл/Я в **М** и вне **М** не определяется) в сроки гестации до 4-5 НБ, не стоит проявлять особой «нервозности» по поводу гипотетической ВМБ. И уж тем более не следует «озвучивать» подобные предположения пациентке. В указанной, несколько двусмысленной ситуации, модель действий эходиагноста проста и функциональна: 1) после выполнения комплексного (обзорно, ТВ) исследования с обязательным направленным поиском симптомов эктопической нидации факт отсутствия УЗ-изображения эмбрионального объекта в **М** и вне **М** (а также — свободной жидкости в полости м/таза) отражается в УЗ-протоколе; 2) в этом же документе фиксируется главная рекомендация — контрольное сканирование через 1 неделю; 3) отрицательный результат первоначального УЗИ доводится до сведения женщины, с неременной акцентацией того, что Пл/Я не видно не только в **М**, но и за ее пределами тоже; 4) кроме того, пациентке нужно объяснить, что настоящее положение дел — вовсе не повод для беспокойства, а обычный рабочий эпизод эхографической практики при БРС, для разрешения которого есть только один выход — повторное исследование. При

этом эхографист должен быть совершенно спокоен, создавая атмосферу уверенности в благоприятном результате УЗ-мониторинга, поскольку в подавляющем большинстве наблюдений отрицательные данные УЗИ на начальном этапе БРС обусловлены именно маточной имплантацией... пока еще не видимой в процессе сканирования. Это особенно важно, если обследуемая высказывает неудовлетворенность негативным ответом первичного исследования или проявляет чрезмерную озабоченность в связи с известным ей риском эктопической nidации. Таким женщинам полезно, с одной стороны, пояснить причины поздней УЗ-выявляемости маточной беременности, с другой стороны, рассказать о весьма ограниченных возможностях УЗ-диагностики прогрессирующей трубной беременности, одновременно с этим не забывая упомянуть, что ВМБ по частоте значительно уступает первому варианту развития событий.

В 5 и 5-6 НБ эхокартина прогрессирующей трубной беременности, заключающаяся в наличии в полости м/таза эктопического Пл/Я, — за пределами М и отдельно от Я имеется округлая или овальная камера с утолщенными от 3—4 до 10 мм стенками и, главное, с пульсирующим эмбрионом (а также желточным мешком) в просвете, — патогномонична для данной патологии и не нуждается в специальной дифференциации. Естественно, только в том случае, если внематочный эмбриональный объект отчетливо визуализируется при эхолокации.

Нарушенная трубная беременность

Начальная стадия прерывания ВМБ, характеризующаяся присутствием незначительной ретрохориальной гематомы рядом с эктопическим Пл/Я, не требует проведения углубленной дифференциальной диагностики, так как УЗ-проявления в достаточной степени специфичны. И даже патогномоничны, если имеет место нарушенная, но в то же время прогрессирующая трубная беременность; особенно, когда наряду с небольшим ретрохориальным кровоизлиянием вдоль внешнего контура Пл/Я в полости амниона виден пульсирующий эмбрион.

Также довольно типичная симптоматика наблюдается при околозародышевой (тубарной) гематоме I стадии и гематосальпинксе, заключающаяся в наличии патологической параовариальной полости (вытянутой или овальной формы), заполненной жидкостью преимущественно дисперсного строения, на фоне которой лоцируется погибшее эктопическое Пл/Я. Именно эмбриональная камера внутри геморрагической полости придает жидкостному О при нарушенной ВМБ специфический гравидарный характер, надежно отличающий просвет беременной МТр от любого параметрально-параовариального объекта негравидарной природы. В первую очередь, от гидросальпинкса с серозно-геморрагическим или гнойным содержимым. Кроме того, в случае нарушенной трубной импланта-

ции диагностическая задача нередко облегчается при обнаружении в углублениях полости м/таза свободной жидкости (крови). Данный факт, в сочетании с визуализацией параметрально-параовариального жидкостного О, содержащего эктопическое Пл/Я, у женщин с циклическим нарушением, позволяющим думать о наступившем зачатии (часто подтвержденном Φ -тестом на ХГ), и при условии отсутствия эмбрионального объекта в М, дополнительно подтверждает диагноз прерывающейся ВМБ.

Значительно сложнее, чем при указанных выше вариантах эхокартины трубного аборта, распознавание нарушенной ампулярно-тубарной nidации, эхографически проявляющейся формированием организованной тубарной гематомы, внутри которой эмбриональный объект не виден или лоцируется неотчетливо. В таких наблюдениях УЗ-изображение просвета МТр, заполненного плотными, компактно расположенными сгустками крови, нужно дифференцировать с другими параовариальными или представляющимися параовариальными полостями, имеющими дисперсное строение: гидросальпинкс с серозно-геморрагическим содержимым, фолликулярная киста, тубарный абсцесс, просвет кишечника, эндометриодная киста, дермоидное О.

Разумеется, разбор представленного дифференциально-диагностического ряда имеет смысл (в контексте ВМБ) только при наличии субъективных проявлений, подозрительных на беременность (задержка месячных, необычный характер последней менструации) и поэтому служащих причиной обращения женщин на УЗИ. А также, если циклическое нарушение протекает на фоне воспаления или эндометриоза (или вызвано этими процессами) и сопровождается дополнительными клиническими симптомами (боли, кровянистые выделения), позволяющими думать о ВМБ как об этиологической альтернативе данного патологического состояния. В связи с этим два последних варианта (сальпингит, эндометриоз) будут рассмотрены в разделе, посвященном симптоматическим аспектам диагностики эктопической беременности. УЗ-картина других О, закономерной или случайно выявляемых в процессе УЗИ по поводу нарушения менструального цикла (связанного с беременностью или функционального) и требующих дифференциации с прерывающейся трубной имплантацией (организованной тубарной гематомой), приводится ниже.

Фолликулярная киста. Возникает вследствие кистозной трансформации преовуляторного фолликула при гипер- или нормоэстрогенном ановуляторном менструальном цикле, как правило, протекающем с задержкой месячных от 1 недели до месяца. Данное нарушение как случайное функциональное расстройство может непредсказуемо развиваться у каждой женщины чадородного возраста. При этом именно менструальная задержка на фоне обычно регулярных циклов заставляет пациентку обследоваться с подозрением на беременность.

Эндокринологические, клинические и эхографические вопросы указанного функционального условно-патологического состояния неоднократно рассматривались в предыдущих работах автора и во многих других литературных источниках. В большинстве случаев точное распознавание ановуляции с формированием фолликулярной кисты и задержкой месячных не вызывает затруднений и обычно

происходит после первичного исследования по поводу предполагаемой БРС. Особенно, если предварительно сделана реакция мочи на ХГ, неизменно показывающая отрицательный результат.

Однако нельзя обойти вниманием тот факт, что в 14–27% наблюдений содержимое фолликулярной кисты имеет дисперсное строение, связанное либо с накоплением фибриновых пленок в длительно существующей полости, либо — с незначительным кровоизлиянием в ее просвет. В обоих случаях чаще всего определяются два варианта эхокартины: 1) плоские «хлопьевидные» включения находятся во взвешенном состоянии, более или менее равномерно заполняя просвет, но располагаются в нем свободно — отдельно друг от друга, без формирования «густого» скопления; 2) мелкие эхопозитивные элементы оседают в нижней части полости, где образуется относительно компактное скопление мелкодисперсного типа, обычно — с горизонтальным уровнем на границе с однородной жидкостью. Значительно реже (5–11%) эхопозитивные включения компактно заполняют весь просвет фолликулярной кисты. При этом, если имеется крупная полость и большая часть ее объема выходит за пределы Я, нередко создается впечатление о параовариальном тонкостенном (инкапсулированном) О с мелкодисперсным содержимым. Подобная симптоматика, с учетом менструальной задержки, ставшей причиной обращения на УЗИ, требует проведения дифференциальной диагностики с организованной тубарной гематомой, развившейся в процессе бессимптомно протекающего трубного аборта. Причем — даже несмотря на отрицательный ответ грави-теста(ов), потому что именно при организованной тубарной гематоме (с Пл/Я или без него), вызванной вялотекущим прерыванием ампулярной беременности, частота негативных реакций мочи на ХГ достигает 23%.

Ш., 33 лет. Задержка месячных 3 недели (других жалоб нет). За это время в связи с предполагаемой беременностью (желательной) трижды проводилось тестирование мочи на ХГ. Все реакции ⊖. Перед консультацией гинеколога выполнено УЗИ.



Рис. 6 (1, 2). Длительно существующая крупная фолликулярная киста с мелкодисперсным содержимым, выявленная при УЗИ в связи с задержкой месячных.

1. М не увеличена, миометрий не изменен. В полости М Пл/Я нет. Э = 11–12 мм, трехслойного строения (тонкая разделительная линия в центре), компактный слой равномерно утолщен до 5 мм; контуры четкие, на границе с миометрием виден формирующийся (1–3 мм) эхонегативный «ободок отторжения».

Значительный объем и свойственное децидуальному Э диффузное утолщение краевых отделов позволяли думать о гравидарной (без Пл/Я) трансформации слизистой М. Но этому противоречило наличие совершенно четкого и

ровного контура Э, а также узкая зона отторжения (от невидимого эхографически функционального слоя) по периферии. Указанные особенности, в сочетании с хорошо выраженной центральной разделительной линией, больше говорили в пользу избыточно развитой, длительно не

отторгающейся пролиферативной слизистой.

2. В правой параметральной области имеется патологическое полостное О правильной овальной формы, 58 × 28 мм: стенки очень тонкие (1–2 мм, местами не прослеживаются), просвет полностью занят мелкими тяжевыми и точечными эхопозитивными включениями.

Первоначальное впечатление — инкапсулированное параовариальное жидкостное О мелкодисперсного строения: гравидарно-тубарная гематома (?) или гидросальпинкс с серозно-геморрагическим выпотом (?).

Однако обе эти диагностические гипотезы были исключены в процессе полипозиционно-прицельного сканирования, доказавшего овариальную природу объекта. В частности, в области нижнего полюса патологической полости определяется нормальная овариальная ткань (с множественными антральными фолликулами), серповидно «охватывающая» сопредельную поверхность кисты. Это УЗ-изображение интактной нижней части правого Я, с характерными для исходящего из Я патологического объекта (фолликулярной или лютеиновой кисты, тератодермоидного О или эндометриоидной кисты) серповидной деформацией контура и дефектом массы Я в пограничной с О зоне. Кроме того, в процессе локальной компрессии (безболезненной) киста была неотделима от Я, интимно связана с ним.

Таким образом, УЗ-данные, свидетельствующие о наличии пролиферативного Э в М и функциональной полости в правом Я (патологических параовариальных О нет, левый Я не изменен, свободной жидкости в полости м/таза нет), и отрицательные результаты грави-тестов позволили отвергнуть гравидарную и воспалительную версии диагноза и сделать следующий, вполне обоснованный вывод.

Заключение: 1) данных за беременность (в М и вне М) не получено; 2) нарушение менструального цикла с формированием фолликулярной кисты справа; 3) консультация гинеколога, УЗ-контроль.

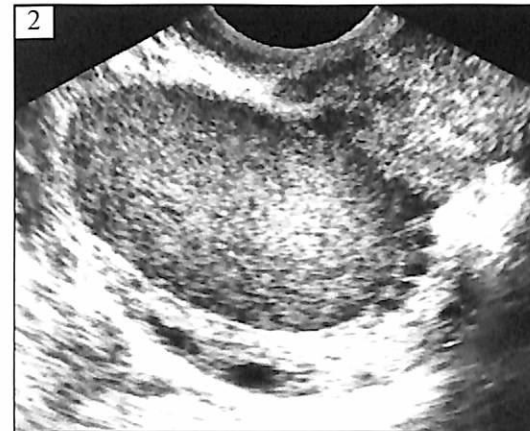


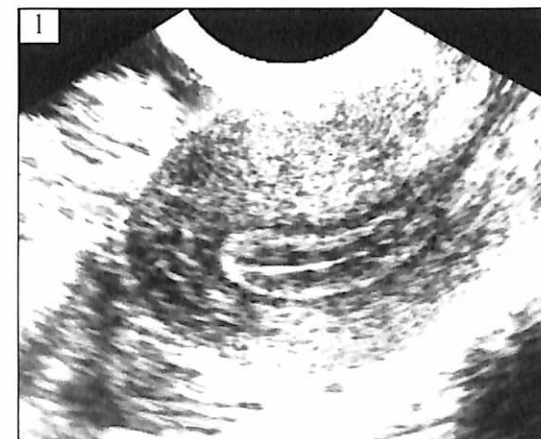
Рис. 7 (1, 2). Фолликулярная киста с мелкодисперсным содержимым, обнаруженная у 24-летней женщины, обратившейся на УЗИ с подозрением на БРС (задержка месячных 9 дней, тест на ХГ не сделан, жалоб нет).

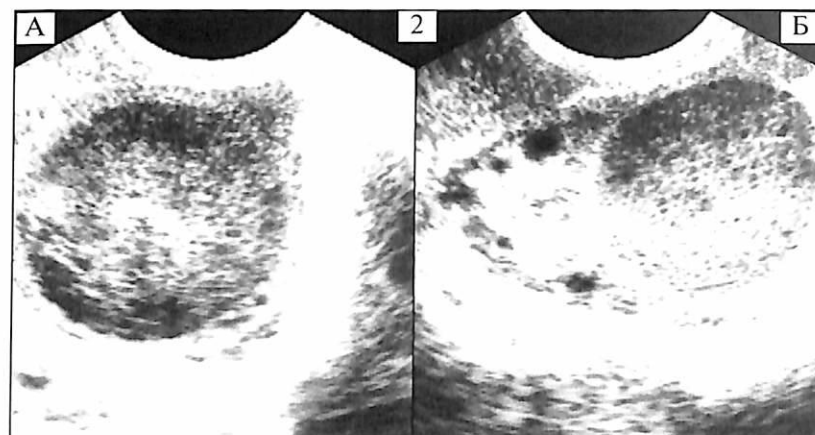
1. В полости М лоцируется типичный пролиферативный Э (Пл/Я нет): 7 мм, трехслойного строения (с тонким компактным слоем передней и задней стенок и хорошо «проработанной» центральной линией), окружен зоной отторжения, 2–3 мм.

2 (эхограммы на с. 224).

2А — изолированная эхограмма кисты, 2Б — киста и Я.

В медиальной части правого Я (рис. 2Б) определяется тонкостенное (≈1 мм) жидкостное О правильной округлой формы, 30 мм в Ø. Полость его на 90% представлена множественными мелкими, компактно расположенными





линейными и точечными включениями, придающими жидкости мелкодисперсный характер. Вплотную к боковой стенке кисты примыкает неизменная латеральная часть **Я** с дугообразной деформацией контура на границе с полостью. При пальпаторно-тракционном исследовании (безболезненно) **Я** и киста смещаются вместе, что дополнительно подтверждает овариальный характер **О**.

С учетом наличия у пациентки небольшой менструальной задержки, отсутствия эмбрионального объекта в **М** и за ее пределами, пролиферативного строения умеренно выраженного **Э**, очень тонких стенок и правильной формы полости (исходящей из **Я**) — принято решение о фолликулярной кисте, развившейся вследствие персистенции (по типу кистозной атрезии) неовулировавшего фолликула, которая вызвала отсрочку очередной менструации.

Пациентке предложено сделать тест на ХГ и в случае ⊖-результата обратиться к гинекологу по поводу овариальной дисфункции (с формированием фолликулярной кисты), а при ⊕-ответе — повторить УЗИ через неделю. Реакция мочи на ХГ отрицательная. Контрольное УЗИ, после гормонотерапии и установления регулярных месячных, показало нормализацию состояния **Я** (фолликулярная киста самоликвидировалась).

Основные клинко-эхографические различия между фолликулярной кистой с дисперсным содержимым и организованной тубарной гематомой можно разделить на три группы. Так, для функциональной (ановуляторной) полости, по сравнению с УЗ-изображением гравидарно-геморрагического просвета **МТр**, характерны следующие особенности.

- Топография. Полипозиционное, пальпаторно-тракционное исследование почти во всех наблюдениях достоверно показывает, что жидкостное **О** исходит из **Я**.
- Клинико-биохимические данные. Мочевые тесты на ХГ и тем более результаты тестирования крови всегда отрицательные. Отсутствуют свойственные для вялотекущего трубного аборта мажущие темные выделения из половых путей. Как правило, нет болевых ощущений. Совершенно «спокойная» картина при гинекологическом осмотре.
- Дополнительные детали эхосимптоматики. Очень тонкие стенки (0–1 мм), незначительные размеры эхопозитивных тяжелых включений, их однотипность и упорядоченный характер. Локальная компрессия безболезненна. Обычно не наблюдается усиления сосудистого рисунка миометрия и расширения («обогащения») параметральных вен. Свободной жидкости в полости м/таза нет.

Просвет кишечника, будучи по определению параовариальным **О**, может отчасти симулировать организованную тубарную гематому, когда внутри ректосигмоидного отдела, сигмы, дистальной части нисходящего отдела толстой **К** (реже — в нижних отделах тонкого кишечника) имеются фекальные массы дисперсного строения. Данное состояние обычно является вариантом нормы или вызвано сопутствующей (привычной или транзиторной) гипомоторной дискинезией. Временные дифференциальные сомнения довольно быстро устраняются в процессе пролонгированного многопроекционного сканирования, демонстрирующего специфические для **К** особенности: 1) волнистые или крупнофестончатые контуры стенок; 2) продвижение датчика по ходу изучаемого объекта показывает значительную протяженность и непрерывность его, а также однотипную конфигурацию обеих стенок во всех отделах и, в основном, одинаковое состояние просвета; 3) подвижность содержимого как вследствие перистальтических волн, так и под влиянием газов и тока жидкости. Кстати, в случае стойкого гипотонуса кишечных стенок смещаемость фекальных включений ограничена или отсутствует. В таких наблюдениях факт подвижности эхопозитивных элементов в **К** устанавливается с помощью пальпаторно-тракционного исследования, а анатомо-топографическая ориентация осуществляется путем анализа контуров и просвета по протяженности объекта.

Дермоидная киста. В дифференциальной диагностике с организованной тубарной гематомой надо учитывать довольно редкую модификацию тератодермоидных **О** — кисту со слабовыраженным «бугром», представляющим собой равномерно истонченный дериват кожи, составляющий стенки патологической камеры. В просвете ее накапливаются продукты функционирования дермы (сало, волосы) в виде зернисто-волоконистых элементов, выполняющих весь или почти весь объем полости. В большинстве случаев эти врожденные **О**, размер которых обычно превышает 30–40 мм, полностью замещают овариальную ткань; поэтому отсутствие УЗ-изображения **Я** на стороне поражения — типичная деталь эхокартины данной патологии. По-видимому, именно вследствие отсутствия одного из **Я** у подобных больных нередко отмечаются функциональные циклические нарушения (болевой синдром не характерен), служащие поводом для обследования и УЗ-манифестации кистозной тератомы. Другие варианты обнаружения дермоидной кисты: 1) УЗИ при физиологической беременности, во время которого наряду с маточной имплантацией случайно выявляется патологическая полость; 2) профилактическое обследование.

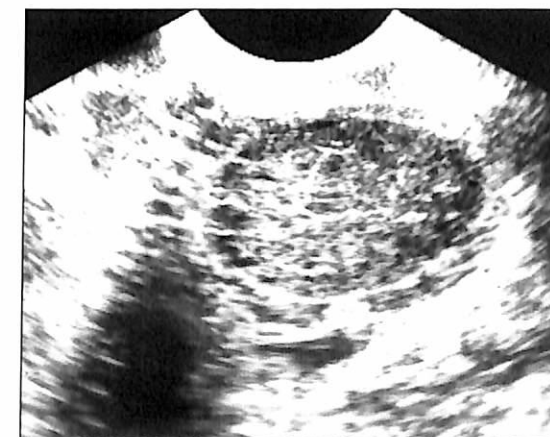


Рис. 8. Дермоидная киста, впервые выявленная у пациентки чадородного возраста, обследуемой в связи с задержкой месячных.

Слева от **М** определяется киста с тонкими (2–3 мм), но плотными стенками: 40 × 28 мм, правильной овальной формы;

строение полости дисперсное за счет множественных зернистых, тяжевых и волокнистых включений. Тракции О ТВ-датчиком безболезненны, смещаемость не ограничена. Левый Я не лоцируется.

М имеет обычный вид. Э — 5 мм, однородный, с четким и ровным контуром. Правый Я не изменен. В М и вне М Пл/Я нет. В полости м/таза свободной жидкости нет. Сосуды миометрия и параметральных областей не расширены.

При профилактическом исследовании верификация дермоидного О обычно не вызывает затруднений; разумеется, после исключения эндометриоидной цистаденомы, тубарного абсцесса, фолликулярной кисты и лютеиновой гематомы. Если же это не удастся сделать на первом этапе обследования, диагноз уточняется в процессе УЗ-мониторинга.

То же самое относится и к сочетанию физиологической беременности (Пл/Я в М) с кистозной тератомой. Впрочем, не стоит забывать и о таком довольно редком варианте, как гетеротопическая беременность (патологическая модификация двойни), характеризующаяся прогрессирующей маточной имплантацией и, одновременно, нарушенной трубной беременностью. Тем более что дермоидная киста и организованная тубарная гематома (без Пл/Я) обладают значительным сходством эхографических черт.

Аналогичное положение дел, когда возникает необходимость в дифференциации с прерывающейся трубной nidацией (бессимптомное течение трубного аборта), имеет место при визуализации дермоидной кисты в эконегативный период маточной беременности. При этом диагностические сложности (а вдруг ВМБ?) усугубляются наличием, в том и в другом случаях, положительной реакции на ХГ.

Основные этапы дифференциальной диагностики.

- *Дермоидная киста:* 1) нет изображения Я на стороне поражения; 2) контрольное исследование (или серия исследований) показывает присутствие Пл/Я в М, а эхографические качества кисты не меняются; 3) правильная конфигурация и замкнутый характер стенок полости; 4) нет болезненности при компрессии; 5) отсутствие свободной жидкости в углублениях м/таза; 6) бессимптомное течение как при первом «знакомстве» с пациенткой, так и на протяжении УЗ-мониторинга.
- *Организованная тубарная гематома:* 1) на стороне патологического очага всегда лоцируется Я — обычного строения или с ЖТ-беременности; 2) при УЗИ в динамике изображения Пл/Я в М не появляется, в то время как полостное О может увеличиваться в размерах, а в углублениях м/таза может быть замечена свободная жидкость (которой не было во время первичного УЗИ); 3) конфигурация полости чаще всего неправильно-вытянутая, а в дистальных отделах О стенки, ограничивающие дисперсное содержимое, прослеживаются неотчетливо; 4) у 62–78% больных наблюдается нерезко или умеренно выраженная болезненность при дозированном сдавлении объекта датчиком; 5) у 43–57% отмечаются выраженные в той или иной степени мажущие кровянистые выделения и, реже, несильные боли или дискомфорт внизу живота; кроме того, указанные симптомы могут развиваться в процессе динамического наблюдения.

При проведении нозологической дифференциации, очень ответственной и совершенно необходимой для оперативного решения обозначенной выше непростой диагностической задачи, принципиальное значение имеет факт отсутствия УЗ-изображения Я в области дислокации патологической полости, что характерно для крупной дермоидной кисты, и чего не бывает при тубарном О (гравидарного или воспалительного генеза). Второе место по степени чувствительности занимает симптом болезненности контактного исследования, свойственный нарушенной ВМБ (как правило, обусловлен сопутствующим воспалением) и отсутствующий при дермоидной кисте. Также нельзя не подчеркнуть важности гестационно-эхографических параллелей и организации динамического УЗИ. Оба этих действия взаимосвязаны и взаимообусловлены. Например, если продолжительность менструальной задержки колеблется от нескольких дней до 1,5 недель, то при отсутствии Пл/Я в М и Ф-тесте на беременность допустимо назначение контрольного исследования через неделю. В случае более длительной задержки месячных (свыше 2 нед.) желательное проведение повторных эхолокаций через каждые 3 дня или чаще, дополненных тестированием сыворотки крови на ХГ. УЗИ в динамике является главным звеном диагностического процесса, обязательным при любом варианте развития событий: 1) маточная БРС, в сохранении которой женщина не заинтересована, и дермоидная киста → мини-аборт с последующим сканированием через 1–3 месяца, а после подтверждения диагноза тератомы Я — плановая лапароскопия или клинко-эхографическое наблюдение; 2) сохраняемая беременность и дермоидная киста → оценка состояния патологической полости на протяжении всего УЗ-мониторинга беременной; 3) ВМБ → неотложная операция.

Распознавание дермоидной кисты, выявленной при обследовании в связи с нарушением менструальной функции, протекает более просто, поскольку анализ Э, результаты тестирования на ХГ и УЗИ в динамике обычно позволяют исключить гравидарную природу обнаруженного объекта. Диагноз устанавливается после проведения дифференциальной диагностики со всеми перечисленными выше доброкачественными О, содержимое которых имеет дисперсное строение.

Представленные в данном разделе способы решения конкретных диагностических задач, которые будут продолжены и расширены в следующей части III главы, базируются на комплексном использовании четырех главных исследовательских принципов — *клинко-эхографических сопоставлений, анатомо-топографического анализа, нозологической дифференциации, динамического обследования*. Очень часто это означает идти путем наибольшего сопротивления даже там, где обстоятельства предлагают более простой и очевидный, но не всегда правильный выбор. Такой предвзятый подход к УЗ-исследованию женщин репродуктивного периода жизни (разумеется, имеющих половые контакты без контрацепции или с использованием ненадежных способов предохранения) необходим, потому что: с одной стороны, логика всех диагностов страдает избирательностью и субъективизмом; с другой стороны, у каждой из представительниц данного контингента в любой непредсказуемый момент может развиться эктопическая беременность.

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

включают ряд клинических ситуаций, в которых подозрение на ВМБ либо уже сформулировано после консультации гинеколога, предшествующей УЗИ, либо возникает в процессе личного контакта эходиагноста с пациенткой. А точнее — когда предположение об эктопической имплантации вытекает из анализа субъективных ощущений больной и анамнеза, дополненных результатами гинекологического осмотра и тестирования на ХГ. При этом должны приниматься во внимание все нюансы состояния больной (тем более что свыше 50% обследуемых обращаются на УЗИ до консультации гинеколога). Только так можно провести разделительную черту между различными и часто диаметрально противоположными диагностическими векторами, идентификация которых уточняет два кардинальных положения: 1) установление факта наличия беременности — есть или нет; 2) определение места нидации — в М или вне М? Все остальные задачи и вопросы имеют второстепенное, прикладное значение.

Сравнительная оценка работы УЗ-кабинетов многих амбулаторных и клинических учреждений (в течение более чем 10-летнего периода) показывает, что для эффективного распознавания ВМБ недостаточно одного использования современной аппаратуры — для продуктивной реализации доверенного ему технического потенциала эхолог должен обладать не только обширными теоретическими знаниями, специфическим опытом собственных диагностических побед и неудач, а также мастерским умением манипулировать трансабдоминальным и ТВ-датчиками... но и хорошо развитым профессиональным концептуальным мышлением. В самом деле, после ознакомления с предоставляемой медицинской документацией (бланк направления на УЗИ, амбулаторная карта и др.) и/или личного собеседования с больной исследователь получает некий набор фактов — группу стартовых параметров, нуждающихся в уточнении и разъяснении. И здесь он сталкивается с необходимостью наличия определенных клинических догматов-закономерностей, оперируя которыми можно сдвинуться с нулевой отметки, начать квалифицированный (и потому результативный) эхографический поиск и, наконец, сделать правильный диагностический выбор. При этом грамотный процесс нозологической дифференциации требует от эходиагноста еще одного очень важного качества — умения вовремя отступить, отказаться от первоначального представления и выбирать новые пути, выдвигая дополнительные версии будущего диагноза.

По отношению к ВМБ, которую врач-УЗИ должен исключить или подтвердить, область принятия решения охватывает ряд патологических и, реже, физиологических состояний, приводимых ниже в порядке убывания частоты и, отчасти, диагностической значимости. Общим для них является наличие клинической симптоматики, позволяющей думать об эктопической имплантации. Причем удельный вес действительно трубных беременностей — наименьший, и не пре-

вышает 10–15%. И это вполне закономерно, потому что по сравнению с маточной беременностью и функциональными циклическими нарушениями частота ВМБ невелика. В то же время данный диагноз относится к числу тех, в отношении которых нужно использовать «презумпцию виновности». Другими словами, с помощью УЗИ (в сочетании с тестированием на ХГ) чаще всего приходится доказывать не наличие у конкретной пациентки эктопической имплантации, а ее отсутствие.

Патология или необычный характер эхографически манифестируемой маточной БРС

является наиболее частым вариантом клинической ситуации, когда возникает или может возникнуть подозрение на ВМБ.

Маточная БРС, протекающая с явлениями угрожающего выкидыша (УВ), субъективные проявления которого (боли, кровянистые выделения) могут быть расценены как следствие эктопической нидации. Чаще всего подобные предположения (сомнения) высказываются при наличии кровянистых выделений, поскольку данный симптом является самым частым клиническим признаком нарушенной (и даже прогрессирующей) ампулярно-трубной беременности. Особенно, если метроррагия сочетается с болями. Например: после непродолжительной менструальной задержки (грави-тест ⊕) женщина начинает отмечать умеренно выраженные боли внизу живота (иногда схваткообразные), на фоне которых появляются кровянистые выделения из половых путей, чаще всего — скудные, мажущего характера, прерывистые (реже постоянные). Или: боли незначительные, ноющие, постоянные, с эпизодическими кровомазаниями или повторяющимися более или менее обильными (но кратковременными) кровотечениями. А также: периодически возобновляющиеся боли и постоянные или ремиттирующие незначительные кровоизлияния.

Возможны самые разнообразные модификации сочетания болей и метроррагии (по частоте, очередности, продолжительности, интенсивности) при БРС с УВ. Но, как нетрудно заметить, всех их объединяет наличие триады симптомов (циклическое нарушение, боль, метроррагия), отчасти свойственной и ВМБ. Поэтому не стоит упрекать врачей ЖК и других амбулаторных гинекологических центров, консультирующих беременных до выполнения УЗИ, в предвзятости или поспешности, когда в указанной ситуации высказывается предположение о ВМБ. Оно вполне обоснованно и весьма полезно (хотя и вызывает негативные эмоции у пациентки), так как в качестве альтернативной диагностической гипотезы заранее мобилизует эхографиста на направленный УЗ-поиск симптомов эктопической нидации. Точно такие же подозрения должны возникать и у врача-УЗИ, которому в ответ на вопрос: «Что привело Вас на исследование?», «По какому поводу выполняется УЗИ?» или «Какие проблемы?» или «Как долго нет месячных?» и пр., — женщина рассказывает о болях и кровянистых выделениях, беспокоящих ее на фоне менструальной задержки. Кроме того, некоторые беремен-

ные, имеющие определенный «гравидарный опыт», сами акцентируют внимание эколога на неблагоприятном течении БРС или даже высказывают опасения на предмет ВМБ.

В подавляющем большинстве случаев почти все вопросы и сомнения разрешаются с помощью УЗИ, которое, при наличии приведенной выше клинической картины, показывает Пл/Я в полости М и, примерно у 62–72% больных с указанной симптоматикой, эхопризнаки УВ — гипертенус миометрия, гипертенус и ретрохориальную (заоболочечную) гематому, только гематому.

Задержка месячных 4 дня. Тест на ХГ $\oplus$. Затем, на фоне полного здоровья, развились умеренно выраженные боли внизу живота, после чего появились незначительные кровянистые выделения. Боли уменьшились, стали непостоянными и ноющими, а мажущие кровоизлияния, с небольшими перерывами, продолжали беспокоить беременную в течение нескольких дней.

Осмотрена гинекологом и с предварительным диагнозом «БРС (исключить grav. extrauterinae)» срочно направлена на УЗИ (менструальная задержка 7–8 дней).



Рис. 9 (1, 2, 3 — разные больные). Маточная БРС с явлениями УВ и субъективной симптоматикой, позволяющей думать о ВМБ.

1. В полости М — Пл/Я (в дне) = 3 НБ и заоболочечная гематома (со сгустками) в области внутреннего зева. Гипертенус задней стенки М.



УЗИ при менструальной задержке 16 дней. Три грави-теста $\oplus$. Периодически возникают тянущие боли в области м/таза. В течение последней недели отмечает постоянную, но очень скудную метроррагию. За день до исследования проконсультировалась «со знакомым гинекологом», который в устной форме сделал предположение о трубной беременности и рекомендовал «безотлагательно УЗИ».

2. Полость М: БРС, 4–5 НБ и гематометр — кровь (без сгустков) в области верхнего полюса Пл/Я, вдоль его задней стенки и около внутреннего зева.

Задержка 20 дней. УЗИ перед мини-абортом. После предложения занять место на исследовательском столе женщина «обрушила» на врача поток информации, из которого следовало, что она крайне обеспокоена характером настоящей беременности, поскольку у нее наблюдаются примерно такие же симптомы, как у ее подруги, недавно прооперированной по поводу ВМБ. А именно: в течение последних 9 дней постоянный дискомфорт внизу живота и три эпизода маточных кровотечений — довольно интенсивных, но непродолжительных. Тревожное состояние усугублялось еще и тем, что аналогичные сведения она получила в Интернете. Одним словом, пациентка в весьма эмоциональной форме высказывала свои опасения о возможной трубной имплантации.

3. В полости М лоцируется Пл/Я — прогрессирующая БРС = 5 НБ (в амнионе виден пульсирующий эмбрион), а в области внутреннего зева — заоболочечная гематома с отдельными сгустками крови. Участков повышенного тонуса миометрия не определяется.



Также довольно часто подозрение на ВМБ возникает (или может возникнуть), когда УВ при маточной имплантации проявляется только метроррагией, без болевых ощущений. Существенная деталь: в отличие от трубной беременности, для которой характерны темные (коричневые, дегтеобразные) выделения, при УВ в период БРС (с болями или без них) обычно наблюдаются метроррагия алого цвета или сукровичные (розовые) выделения с прожилками крови. Впрочем, иногда темные мажущие выделения бывают и в случае патологически протекающей маточной беременности, если гравидарный гематометр длительное время не опорожняется из-за высокой степени резистентности внутреннего зева и ШМ. На эхограммах определяется либо небольшое геморрагическое депо в области внутреннего зева, либо (реже) — относительно крупный гематометр с полной или субтотальной отслойкой Пл/Я и значительным содержанием организуемых сгустков, либо гематомы в полости М не выявляется.

Рис. 10 (1, 2). Угрожающий выкидыш при БРС (маточная имплантация), клинически характеризующийся незначительными прерывистыми выделениями темного цвета.

1. В полости М: Пл/Я в области дна = 4–5 НБ (в амнионе виден желточный мешок); в дистальной части, между нижним краем децидуального Э и внутренним зевом, выявляется небольшая заоболочечная гематома со сгустками крови. Гипертенус передней стенки М.





Срок гестации 5-6 НБ. В течение 3-4 дней, предшествующих УЗИ, женщина отмечает почти постоянные коричневые выделения мажущего характера.

2. Полость М: расширена до 23 мм (48 × 23), заполнена кровью с множественными плотными сгустками, находящимися преимущественно во взвешенном состоянии; в выходном отделе ее имеется полностью отслоенное и погибшее Пл/Я (14 × 7 мм, с тонкими стенками, структура амниона однородная), смещенное в область внутреннего зева.

Эхокартина «несостоявшегося выкидыша» (при неразвивающейся беременности).

Сочетание гипертонуса миометрия и ретрохориальной гематомы (и конечно же, Пл/Я в полости М) — наиболее яркая эхокартина угрожающего выкидыша, протекающего с наружным кровоизлиянием (рис. 9.1, 10.1), однако чаще (рис. 9.2, 9.3, 10.2) гравидарный гематометр определяется без сопутствующей зоны напряжения мышечной стенки. У некоторых же больных с «геморрагической» субъективной симптоматикой УЗ-изображения заоболочечной гематомы не отмечается, а имеет место только гипертонус. Надо отметить, что примерно у 30% беременных с УВ каких-либо эхопризнаков данной патологии не выявляется.

Значительно реже, чем при УВ с метроррагией, предположение о возможной эктопической имплантации высказывается, если женщина предъявляет жалобы только на боли внизу живота. Они вызваны гипертонусом М, который у 45-62% удается зарегистрировать эхографически. Сравнительно высокая частота отрицательных результатов УЗИ обусловлена тем, что нередко исследование выполняется в «спокойный» период, когда напряжения миометрия нет.

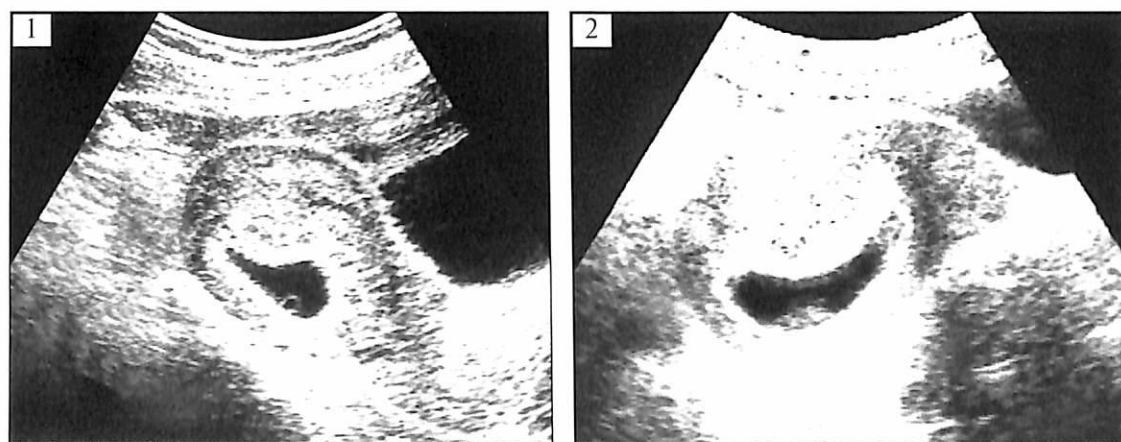


Рис. 11. Два примера гипертонуса миометрия (Пл/Я в М) при «болевой форме» УВ.

1. 4-5 НБ. Зона напряжения в дне М с деформацией верхнего полюса Пл/Я.

2 (М в retroflexio, 5-6 НБ). Гипертонус передней стенки, вызывающий ладьевидную деформацию амниона.

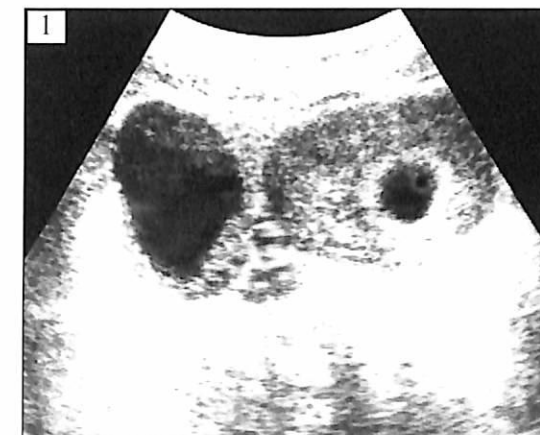
Физиологическая БРС (Пл/Я в М, без УВ) в сочетании с крупной кистой желтого тела Я.

Лютеиновые полости Я, как вариант нормы, встречаются примерно у 30% женщин в период БРС. Как правило, они протекают латентно, но в 24-30% наблюдений на стороне кисты отмечаются нерезко выраженные и обычно непостоянные боли тянущего характера. В большинстве случаев кисты ЖТ не превышают 30 мм в Ø, но иногда достигают довольно больших размеров (до 40 и даже 50-60 мм). Причем именно при таких полостях беременные могут жаловаться на появление болей, вызванных растяжением мезоооварума крупной функциональной кистой. Кроме того, при гинекологическом осмотре крупные кисты ЖТ часто пальпируются в виде «объемного О», что вызывает (до проведения эхолокации) вполне оправданные опасения в связи с возможностью ВМБ; особенно, если имеются жалобы на болевые ощущения и/или болезненность вагинального исследования.

Задержка месячных 17 дней. Жалобы на незначительные ноющие боли, возникающие преимущественно при физических нагрузках, в правой подвздошной области. Осмотр гинеколога показал косвенные признаки наступившей беременности и «объемное О» справа, несколько болезненное при попытках смещения. **Заключение:** «БРС и киста правого Я, правосторонняя трубная беременность?». Пациентке предложено сделать мочевой тест на ХГ (ответ ⊕) и УЗИ, срочно.

Рис. 12 (1, 2, 3 — разные наблюдения). Крупная киста ЖТ при ненарушенной маточной БРС (на эхограммах показаны поперечные проекции трансабдоминального сканирования).

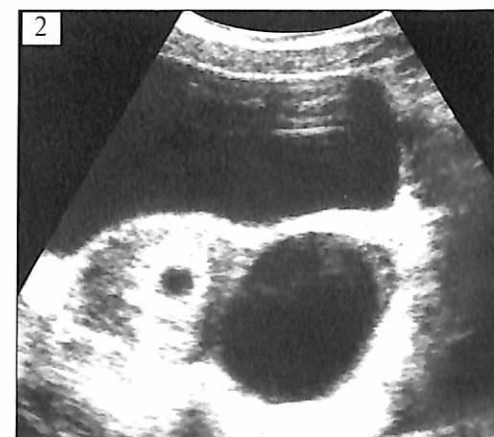
1. Пл/Я в М, 4-5 НБ. Из верхне-латеральной части правого Я исходит киста ЖТ, 56 × 30 мм.



Аналогичное наблюдение.

2. М: БРС = 3-4 НБ, гипертонуса миометрия нет.

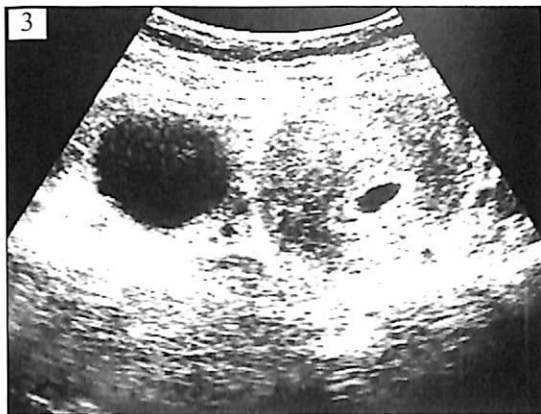
В левой параметральной области имеется функциональное жидкостное О: 62 × 37 мм, стенки очень тонкие, содержимое однородное. В области верхнего полюса кисты ложируется интактная часть левого Я, серповидно «охватывающая» пограничную поверхность полости.



Первичное (до консультации гинеколога) обращение молодой женщины на УЗИ. На предложение врача пояснить причину посещения УЗ-кабинета пациентка сообщила о

менструальной задержке (6 дней), положительном гравид-тесте и тянущего характера болях внизу живота, справа. Фактически комплекс этих симптомов — повод для рассмотрения четырех альтернативных вариантов концепции исследования: маточная беременность с явлениями УВ, физиологическая БРС и киста ЖТ, ВМБ, беременность в М на фоне органической патологии правых придатков.

3. Маточная имплантация (3 НБ, без УВ) и киста ЖТ правого Я, 42 мм в Ø.



УВ на раннем сроке маточной имплантации и киста ЖТ.

Данная комбинация наиболее подозрительна на ВМБ, так как объединяет тревожную субъективную симптоматику, обусловленную УВ, с пальпируемым во время гинекологического осмотра односторонним «увеличением придатков» М. Соответственно, эхографическая картина представляет комплекс обозначенных выше УЗ признаков — Пл/Я в М, УВ и киста ЖТ.

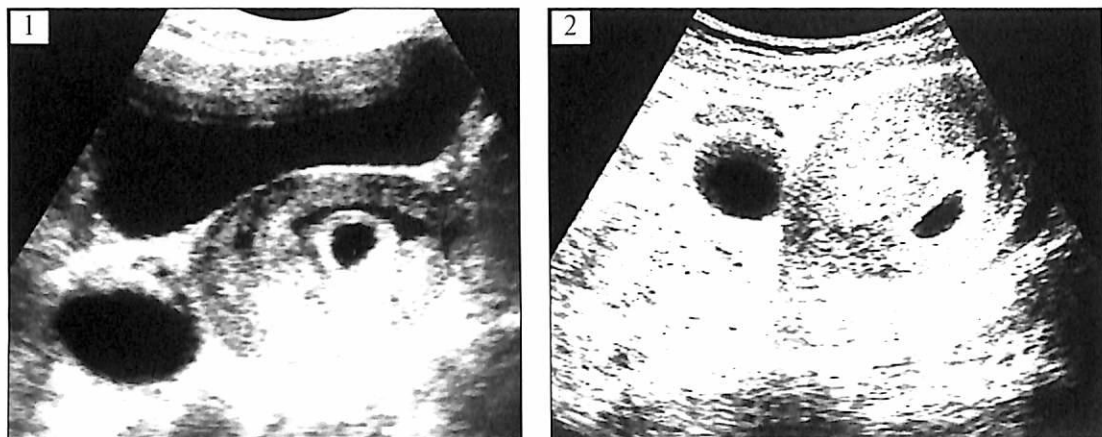


Рис. 13 (1, 2). БРС (Пл/Я в М), клинические проявления которой (субъективные и данные гинекологического осмотра) позволяли думать об эктопической нидации, вследствие сочетания явлений УВ с кистой ЖТ.

1 (поперечно-косой эхосрез). Полость М содержит Пл/Я, 4 НБ и «свежую» ретрохориальную гематому в виде однородной жидкости (кровь без сгустков) в области верхнего полюса и верхне-боковых отделов эмбриональной камеры. Одновременно с этим выявляется киста ЖТ правого Я, интактная часть которого прослеживается вдоль передне-верхнего края лютеиновой полости.

2 (продольное УЗ-сечение). Беременность в М, 3-4 НБ, гипертенус миометрия задней стенки. В позадиматочном пространстве лоцируется Я с лютеиновой кистой, 28 мм в Ø.

Полезно напомнить, что указанная триада УЗ-симптомов встречается только в 54–75% разбираемых случаев, потому что у 24–30% беременных с клинической картиной «угрозы» сканирование показывает только Пл/Я в М и кисту ЖТ, без эхопризнаков УВ.

Нормальная беременность (в М, без УВ) в сочетании с органической патологией репродуктивной сферы.

Рассматриваются два варианта «развития событий».

1. В период БРС пациентка начинает предъявлять жалобы, вызванные последствиями перенесенных ранее гинекологических заболеваний. Речь идет о рубцовых изменениях, развившихся до наступления настоящей беременности — после сальпингита (сальпингитов) или в результате наружного эндометриоза. Дело в том, что независимо от этиологического фактора, спайки, до имплантации в М не причиняющие женщине особого беспокойства, во время беременности зачастую вызывают несильные ноющие боли (постоянные, периодические, только при физических нагрузках). Это связано с травматизацией рубцовых изменений постоянно растущей М, которая как бы тянет за собой (растягивает) спайки, что приводит к раздражению брюшины и появлению болей или дискомфорта внизу живота. В большинстве случаев данные симптомы расцениваются как проявление УВ, а иногда, особенно если при вагинальном исследовании отмечается болезненность, как результат эктопической нидации.

Диагноз уточняется с помощью УЗИ, оценки анамнеза и кольпоцитологического исследования («мазок на угрозу»). При этом эхолокация позволяет не только определить место имплантации (у подавляющего большинства беременных Пл/Я локализуется в М), но и, в ряде случаев, визуализировать спайки. Специфическая деталь: УЗ-выявляемость спаек наиболее эффективна с помощью трансабдоминального сканирования, обеспечивающего вертикальные (сверху вниз) и вертикально-косые «потоки» эхосигналов, «в свете» которых рубцовые элементы видны значительно лучше, чем в процессе ТВ-УЗИ.

После 10-дневного периода физиологической аменореи (мочевой тест на ХГ ⊕) появились болевые ощущения в правой половине м/таза, периодически возобновляющиеся, тянущего характера. Осмотрена участковым гинекологом, который лично «привел» женщину в УЗ-кабинет с просьбой выполнить (немедленно) сканирование, так как без УЗИ никак не представлялось возможным решить, что же это — УВ при маточной имплантации на раннем сроке или ВМБ?

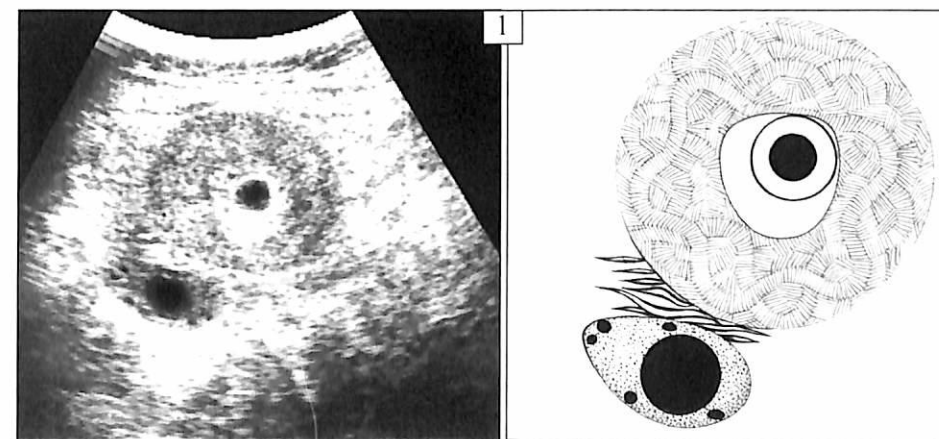
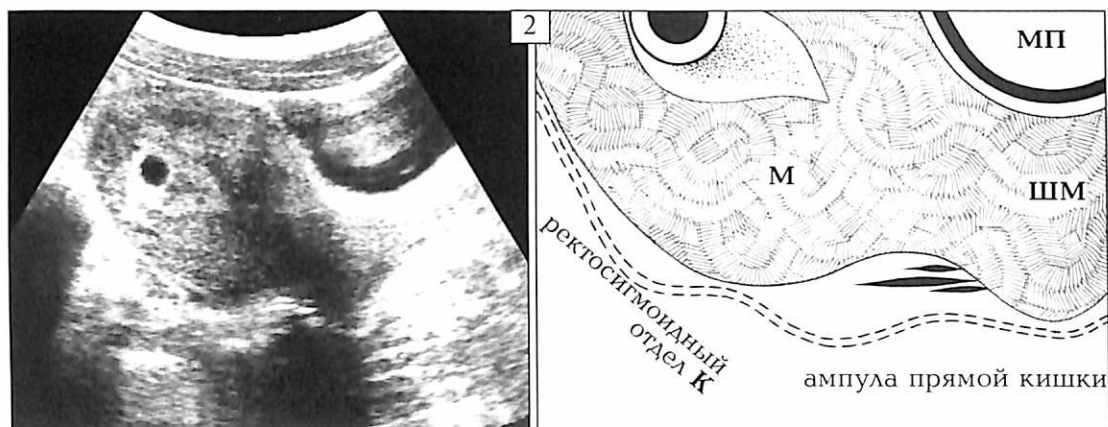


Рис. 14 (1, 2). Ненарушенная маточная БРС и спайки.

1. Поперечный эхосрез М — БРС = 3 НБ, УЗ-признаков УВ нет. Правый Я припаян к задне-боковой поверхности М.

Менструальная задержка 7–8 дней. Жалобы на почти постоянные ноющие боли внизу живота, усиливающиеся при физических нагрузках, во время которых (например, при резких движениях) отмечалась иррадиация в поясницу и крестец. Гинекологический осмотр: «М несколько больше нормы, размягчена. Движения за М болезненны. Слизистые оболочки с цианотичным оттенком. Область придатков без особенностей». Заподозрена ВМБ.



2 — продольное УЗ-сечение.

В полости М — Пл/Я = 3 НБ, без УВ (гипертонуса нет, заоболочечной гематомы нет). В позадиперешеечном пространстве (ближе к ШМ), между задней стенкой М (ШМ) и передней стенкой прямой К, в так называемом маточно-прямокишечном углублении, имеется группа линейных спаек.

Дополнительные анамнестические сведения (месячные протекали с выраженными болями, иррадирующими в прямую К; после окончания менструаций наблюдались мажущие кровянистые выделения; часто — болезненность половых контактов) позволяли думать об эндометриоидной природе спайчного процесса.

Болевые ощущения, спровоцированные спайками, как правило, развиваются после небольшой задержки (от нескольких дней до 1,5 нед.) и продолжают до 6–10 НБ, а потом постепенно уменьшаются и чаще всего проходят. Это объясняется, с одной стороны, денервацией беременной М — существенным понижением порога ее болевой чувствительности, с другой стороны, высоким уровнем адаптации организма женщины в период беременности, направленной на нивелирование воздействий любых посторонних факторов.

2. Другой, более редкий, вариант диагностической задачи (в которой данные гинекологического осмотра при нормальной маточной беременности могут быть расценены из-за сопутствующей органической патологии как ВМБ) заключается в том, что зачатие происходит на фоне бессимптомно существующего в полости м/таза доброкачественного О Я, обнаруживаемого, как правило, случайно, в процессе обследования в связи с беременностью. Информация об этом приведена в гл. III монографии «УЗИ при БРС» (М., 2002) и, частично, в предыдущем разделе этой главы. Дополнительно к уже известным сведениям целесообразно добавить, что чаще всего подобная коллизия имеет место при тератодермоид-

ных О, УЗ-верификация которых, а следовательно, и уточнение истинного положения дел (не ВМБ, а БРС в М и тератома Я) в большинстве случаев не представляет затруднений.

Р., 20 лет. Задержка месячных 16 дней, тест на ХГ ⊕, жалоб нет. В сохранении беременности заинтересована. Во время осмотра гинеколога справа от М обнаружено патологическое О. Высказано предположение о правосторонней трубной беременности.

Рис. 15. Два примера сочетания нормальной БРС (в М, без УВ) со зрелой кистозной тератомой Я.

1. Трансабдоминальное УЗИ с пустым МП, аксиальный эхосрез М и правой параметральной области.

В полости М имеется Пл/Я = 4–5 НБ (внутри амниона лоцируется кольцевидное изображение желточного мешка). Справа, рядом с боковой поверхностью М, определяется патологическое мягкотканно-жидкостное О в плотной капсуле, 50 × 42 мм. Содержимое: 1) из задней стенки в просвет вдается мягкотканное О высокой плотности (дермоидный бугор), с неровными контурами, однородной структуры, 28 × 20 мм, занимающее 55% объема кисты; 2) в остальных отделах — гомогенная жидкость.



2. Другая больная. История обследования в общих чертах такая же, как и в случае больной Р. (рис. 15.1).

Трансабдоминальное УЗИ с наполненным МП. Поперечно-косой эхосрез полости м/таза.

М — БРС, 4 НБ. Около правого угла М выявляется инкапсулированное О, 40 × 23 мм, на 70–75% представленное плотным дермоидным бугром (28 × 20 мм); в остальных участках патологической камеры содержатся множественные мелковолоконистые включения и небольшое количество жидкости.



УВ в эхонегативный период маточной имплантации

Довольно редкий вариант диагностической задачи, складывающейся из следующих условий: 1) задержка месячных и положительный гравитест; 2) жалобы на кровянистые выделения, иногда в сочетании с болями, реже — только боли; 3) при эхолокации в полости М имеется избыточно выраженный Э децидуального

типа, но Пл/Я не видно; 4) эхопризнаков эктопической nidации также не определяется. Возникает закономерный вопрос: как трактовать такую картину — УВ в эхонегативный период маточной беременности или ВМБ?

При наличии маточной имплантации, протекающей с явлениями «угрозы», встречаются две характерные клиничко-патогенетические модели, поясняющие данную ситуацию. Во-первых, указанная конвергенция клиничко-эхографических признаков возможна, если субъективные симптомы УВ развились при небольшой менструальной задержке (от 2 до 6–7 дней), когда частота эхографической выявляемости Пл/Я в М ограничена из-за минимальных размеров эмбриональной камеры. Во-вторых — в случае поздней УЗ-манифестации маточной имплантации, когда из-за индивидуальных особенностей гравидарной кинетики типичного эмбрионального объекта в М не видно при задержке месячных от 1 до 2 нед. (и больше). В обеих модификациях первичное УЗИ не решает диагностической проблемы. Для этого необходима организация динамического УЗ-обследования, дополненного тестированием сыворотки крови на ХГ.

Самопроизвольный выкидыш на раннем сроке

В большинстве случаев ему предшествует более или менее длительный период УВ. Затем, если лечения не проводилось или оно оказалось неэффективным, после непродолжительного «спокойного» промежутка развиваются схваткообразные боли и возникает опорожнение полости М в виде довольно обильного, но относительно кратковременного кровотечения. Оно останавливается в результате рефлекторного сокращения миометрия, но потом, обычно в течение нескольких дней (от нескольких часов до 3–6 дней), наблюдаются скудные мажущие выделения (алого цвета или сукровичные), прекращающиеся после эпителизации раневой поверхности в полости М. В таких наблюдениях — пролонгированных за счет предшествующего выкидышу периода УВ — УЗ-подтверждение маточной имплантации, как правило, осуществляется до самопроизвольного аборта, что исключает необходимость в дифференциации с ВМБ после полного или неполного изгнания гравидарного материала.

Значительно реже выкидыш происходит, минуя фазу УВ, или когда она ограничена во времени. Например: 1) после непродолжительной менструальной задержки (от 5 до 20 дней, чаще — до 10–14 дней) внезапно развиваются схваткообразные боли и происходит самопроизвольный аборт; 2) или же его предваряет короткий, от нескольких часов до 3 дней, «подготовительный» период (боли, кровянистые выделения), после чего следует опорожнение М. В любом случае за время, предшествующее выкидышу, который обычно наступает в сроки от 2–3 до 6 НБ, женщина не успевает пройти УЗИ и факт маточной имплантации остается объективно не доказанным — возникает повод для предположения о нарушенной трубной беременности. В самом деле, когда женщина обращается к гинекологу или на УЗИ (как правило, в период постабортных мажущих выделений), то анамнестические сведения — задержка месячных, положительный гравитест, боли, кровотечение с последующей вялотекущей метроррагией — вполне обоснованно

могут быть расценены, с учетом отсутствия УЗ-подтверждения физиологичности места nidации, как проявления прерывающейся ВМБ.

Эхографическая картина постабортного состояния зависит от степени опорожнения полости М, сроков выполнения УЗИ, функционального состояния миометрия и наличия или отсутствия воспалительного процесса (эндометрита).

При *полном выкидыше* эхолокация показывает «пустую» полость М — Пл/Я и децидуальную оболочку нет. Если исследование проводится в первые часы после изгнания гравидарного содержимого, на эхограммах выявляется расширенная полость М (от 7–8 до 22 мм) в виде четко очерченной, почти эхонегативной зоны, в центре которой прослеживается слабовыраженная эхопозитивная линия (сгустки крови в фазе начальной организации). Затем, вследствие сокращения миометрия стенки материнской полости смыкаются — УЗ-изображение эхонегативной зоны исчезает, а в центре М лоцируется линейное эхопозитивное изображение организующихся и организованных сгустков крови, толщиной от 2–3 до 7 мм.

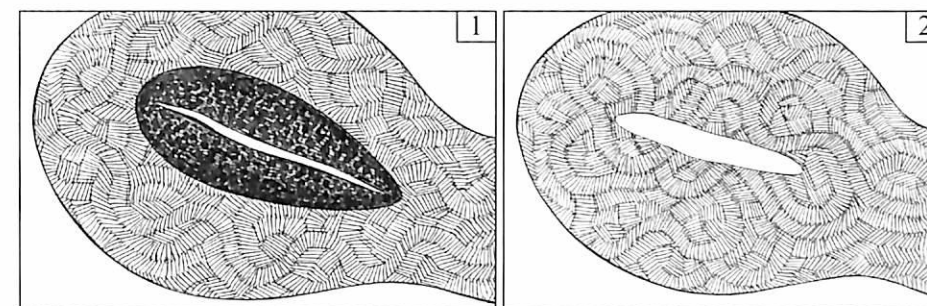


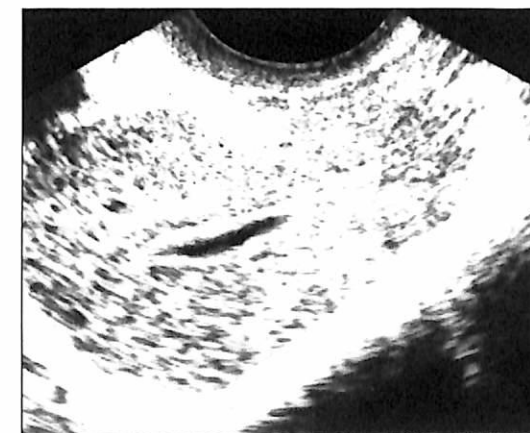
Рис. 16. Полный выкидыш. Динамика УЗ-картины (на схемах) полости М, складывающаяся из двух последовательных стадий: 1 — сразу после изгнания Пл/Я и децидуальной слизистой; 2 — после сокращения мышечных стенок М.

Значительно реже, при нарушении оттока из-за спазма в области внутреннего зева, в полости М определяется небольшое количество жидкой крови (однородной или со сгустками).

Рис. 17. Незначительный гематометр после полного выкидыша.

Щелевидный (3–4 мм) просвет полости М содержит однородную жидкость, ограниченную узким (1–2 мм) базальным слоем Э, видимым при УЗИ благодаря осевшим на нем мелким геморрагическим элементам.

Основная часть больных обращается на УЗИ через 1–3 дня после выкидыша (как правило, на следующий день), когда выявляется «сократившаяся полость М» со скудным геморрагическим содержимым. Чаще всего — это линейное изображение компактно расположенных плотных сгустков крови. Одновре-



менно с этим: **Я** не изменены или в одном из них имеется киста ЖТ; за пределами **М** и **Я** патологических **О** эмбрионального, эмбрионально-геморрагического или геморрагического типа не определяется; свободной жидкости в м/тазу нет; остаются расширенными сосуды миометрия и параметральные вены. Позволяет ли такая эхокартина достоверно исключить эктопическую имплантацию? Вряд ли, потому что частота эконегативных форм ВМБ в сроки 3, 3-4, 4 и даже 4-5 НБ существенно превышает УЗ-выявляемость данной патологии. К тому же, эхокартина «пустой» полости **М** может наблюдаться и при трубной беременности, если при метроррагии эвакуировалась вся децидуальная слизистая. Кроме того, сомнения на этот счет поддерживаются наличием слабых кровянистых выделений, свойственных раннему постабортному периоду. На 100% отвергнуть вероятность эктопической имплантации невозможно. Однако, скорее всего, указанные анамнез, жалобы и эхокартина обусловлены именно выкидышем на раннем сроке. В пользу этого свидетельствуют: 1) клинический реализм — в количественном отношении маточная беременность имеет подавляющий перевес по частоте над ВМБ; 2) кровянистые выделения после выкидыша имеют алый оттенок или сукровичный характер, в то время как при нарушенной трубной беременности обычно наблюдается метроррагия темного цвета; 3) эхографически — полость **М** после выкидыша находится в «сократившемся» состоянии, а при ВМБ (в случае отхождения всей децидуальной оболочки) вокруг остаточного линейно-геморрагического содержимого всегда видна перифокальная зона низкой плотности — расширенная, вследствие нормального или пониженного тонуса миометрия (под влиянием секреции **П**), полость **М**.

Дополнительную уверенность в том, что в данном случае речь идет о прервавшейся на раннем сроке маточной беременности, придает получение отрицательного результата грави-теста, что отмечается в ранний постабортный период у 85–90% женщин. Если же сомнения на предмет эктопической имплантации сохраняются (например, когда развивается эндометрит, при котором отмечается расширение полости **М** за счет воспалительного отека; а также при положительном тесте на ХГ, что имеет место в виде так называемой последовой реакции продолжительностью до 1–2 нед. у 10–15% пациенток), то назначается динамическое клиничко-эхографическое наблюдение. Допустим и такой вариант рекомендаций — женщине предлагается сделать мочевого тест на ХГ с последующим УЗ-контролем через неделю, но только при положительном грави-тесте.

В процессе УЗ-мониторинга постабортного состояния, когда нет экосимптомов эндометрита, центральное эхопозитивное скопление постепенно истончается вследствие протекающих параллельно рассасывания геморрагических элементов и эвакуации их из **М**, а вокруг него начинает формироваться пролиферативный («новый») **Э**. В случае же эндометрита, под влиянием лечения (и даже без него) уже через несколько дней эконегативная зона уменьшается в размерах и исчезает. И конечно же, на всех этапах обследования УЗ-признаки эктопической имплантации отсутствуют. Что же касается тестов на ХГ, то при выполнении серии реакций через 1–2 недели после аборта регистрируется стойкий отрицательный ответ. Скудные кровянистые выделения, почти всегда наблюдающиеся после выкидыша, довольно быстро (в пределах 2–7 дней)

прекращаются — самостоятельно или, при эндометрите, в результате противовоспалительной терапии. Динамика клиничко-эхографической картины при ВМБ резко отличается от приведенных выше данных: 1) УЗ-характеристики полости **М** не меняются; 2) за пределами **М** могут быть выявлены симптомы эктопической имплантации — патологический параовариальный объект, свободная жидкость; 3) тесты на ХГ положительные, или наблюдается дискретность реакций (то $\oplus$, то $\ominus$); 4) вялотекущая метроррагия имеет стойкий, постоянный или прерывистый, характер.

Неполный выкидыш на ранних сроках заключается в изолированном изгнании Пл/Я, а децидуальная оболочка остается в полости **М**. Субъективно проявляется длительным и более обильным, чем при полном выкидыше, кровотечением, не прекращающимся под воздействием противовоспалительного лечения. Одновременно могут предъявляться жалобы на схваткообразные боли, вызванные повторяющимися эпизодами гипертонуса миометрия — «попытками» изгнания остаточного гравидарного содержимого. Тесты на ХГ часто положительные, поскольку в децидуальной слизи могут оставаться «обрывки» ворсин хориона.

На эхограммах в полости **М** определяется эхопозитивная ткань без Пл/Я, по своим количественным и качественным параметрам неотличимая от децидуального **Э** при ВМБ. Наряду с этим нередко в полости **М** отмечается скопление жидкой крови, обычно локализуемой в области внутреннего зева. Другие показатели полости м/таза такие же, как и при полном выкидыше.

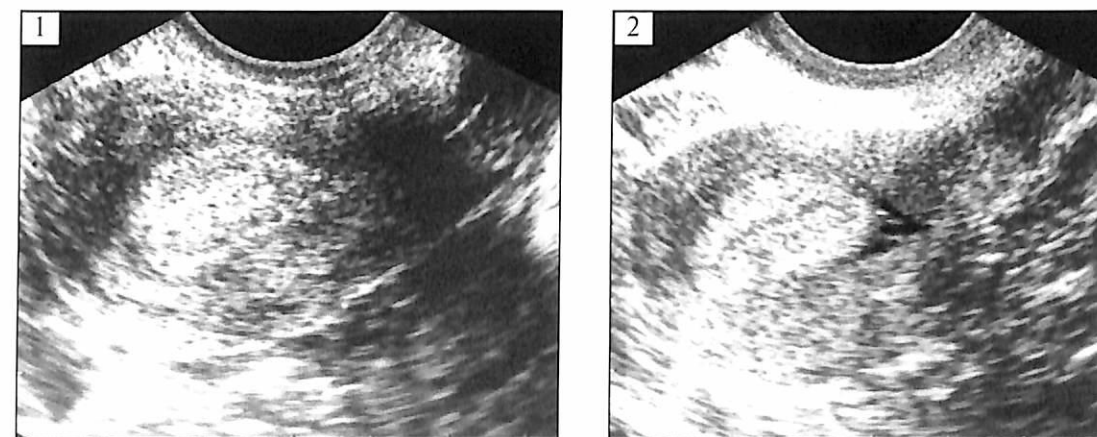


Рис. 17 (1, 2). Неполный выкидыш — неотторгнутая децидуальная слизистая в полости **М**.

1. Толщина **Э** 15 мм, трехслойная структура — диффузное уплотнение краевых отделов, гипертрофия компактной ткани в центре, небольшой объем губчатого вещества между ними; зона отторжения на границе с миометрием отсутствует.

2. **Э** = 13 мм, двухслойного строения, с шелковидной центральной зоной; в области внутреннего зева кровь со сгустками — ограниченный гематометр. Контур **Э** нечеткий.

Приведенные выше сведения (при неполном выкидыше) — анамнестические, субъективные и данные УЗИ, — оцениваемые с учетом отсутствия УЗ-подтверждения факта маточной имплантации до кровотечения, и независимо от результатов тестирования на ХГ после него, служат показанием для организации клиничко-

лабораторно-эхографического наблюдения (а в некоторых случаях — для выскабливания полости **М**), цель которого — не только реабилитация больной после самопроизвольного неполного аборта, но и исключение трубной беременности.

Пузырный занос

Встречается редко. Значительно реже, чем эктопическая беременность. В «доэхографический» период обследования может расцениваться как ВМБ, так как протекает с маточными кровотечениями, а при гинекологическом осмотре обычно отмечается отставание степени увеличения **М** от ожидаемых по гестационным расчетам размеров.

М., 36 лет. Обратилась к гинекологу в связи с патологическим течением беременности — на фоне менструальной задержки (25 дней, мочевые ХГ-тесты $\oplus$) периодически возникают необильные кровоизлияния из половых путей. В сохранении беременности заинтересована. Столь позднее обращение за помощью объясняет тем, что, с одной стороны, «надеялась, что все образуется», с другой стороны, «боялась услышать Ваш приговор», так как данному зачатию предшествовал длительный период вторичного бесплодия. Гинекологический осмотр показал цианотичный оттенок слизистых вагины и **ШМ**, «**М** несколько размягчена, но не увеличена», в остальном — без особенностей. Предварительное заключение: «замершая беременность, неполный выкидыш или *grav. extrauterinae(?)*».



Рис. 19. Пузырный занос.

Полость **М** расширена (62×46 мм), заполнена эхогенной тканью, на фоне которой определяются: 1) «пустое» Пл/Я с истонченными стенками и сгустками крови в нижней части, 24 мм в $\varnothing$; 2) множественные, хаотично расположенные жидкостные **О** правильной округлой и овальной формы от 3 до 11 мм в $\varnothing$ с однородным содержимым. Наружные контуры полости **М** (на границе с миометрием) ровные, зона отторжения отсутствует. Гипертонуса миометрия не определяется, гематометра нет.

Функциональные нарушения менструального цикла

клинически проявляющиеся в виде задержки очередной менструации, составляют от 16 до 24% среди всех обследуемых в связи с предполагаемой БРС. Распознавание таких дисфункций, как неотъемлемой составляющей повседневной работы врача-УЗИ амбулаторного звена акушерско-гинекологической службы, требует проведения детальных клинко-эхографических сопоставлений, выполняемых с

учетом реакции мочи на ХГ. При этом чисто эхографическая часть диагностической задачи реализуется в несколько этапов: 1) оценка жалоб, ставших причиной обращения женщины к гинекологу или сразу на УЗИ, изучение анамнеза и результатов гравитестов; 2) последовательное исключение — сперва маточной имплантации (Пл/Я в **М** нет), потом ВМБ (патологического параметрально-параовариального **О**, подозрительного на трубную беременность, а также свободной жидкости в полости **м/таза** не определяется); 3) одновременно осуществляется углубленный качественный и количественный анализ **Э** и фолликулярного аппарата **Я**, направленный на уточнение функционального состояния репродуктивной сферы; 4) во всех неясных или сомнительных случаях назначается контрольное исследование. В итоге комплексная оценка полученных данных в большинстве случаев позволяет вскрыть патогенетический механизм эпизода аменореи или, если это не удастся сделать в процессе первичного сканирования, определить наиболее рациональную тактику дальнейших диагностическо-лечебных мероприятий.

В дополнение к сказанному целесообразно сделать некоторые пояснения. Полезно напомнить, что не стоит относиться с чрезмерной доверчивостью к тестированию мочи на ХГ, потому что: во-первых, в 8–10% наблюдений данная реакция в период БРС (физиологическая имплантация) бывает ложноотрицательной; во-вторых, продукцию ряда фирм следует признать непригодной к широкому применению; в-третьих, при самом частом варианте ВМБ — нарушенной ампулярно-трубной беременности — не менее чем в 20–27% случаев тестирование мочи на ХГ дает отрицательный или сомнительный результат; в-четвертых, при циклическом нарушении по типу персистенции ЖТ в 17–32% наблюдений ответы гравитестов ложноположительные или неинформативные.

Точно так же не следует забывать, что отсутствие Пл/Я в **М** в сроки, как правило доступные эхографической визуализации, вовсе не означает, что маточной имплантации однозначно нет. Это может быть уже не раз упоминавшийся вариант поздней манифестации физиологической БРС. Тем более данное положение справедливо по отношению к эктопической нидации, ведь не секрет, что УЗ-выявляемость ВМБ, особенно в фазу ненарушенного развития, пока еще, к сожалению, никак нельзя считать удовлетворительной.

Приведенные факты свидетельствуют о том, что во всех неясных случаях, в которых имеется хотя бы мизерный шанс присутствия ВМБ, необходимо назначение (по инициативе эхолога) контрольного эхосканирования или серии исследований, а также более широкое использование тестирования сыворотки крови на ХГ. В самом деле, именно УЗИ в динамике, дополненное ХГ-реакцией крови, разрешает большинство вопросов и противоречий, как в плане наличия или отсутствия беременности (вообще) и уточнения места имплантации, так и при установлении диагноза гормональной дисфункции, с последующим определением (точно или ориентировочно) типа функционального нарушения. При этом, когда циклическое расстройство требует дифференциации с ВМБ, а результаты первичного исследования не позволяют с уверенностью исключить эхонегативную форму эктопической нидации, организация УЗ-мониторинга является, с одной стороны, пожалуй, единственным инструментом предотвращения диагностической ошибки и, с другой стороны, довольно надежной

защитой (с формально-бюрократической и юридической позиций) для эходиагностики от возможных обвинений в недостаточной бдительности и недобросовестности... если, несмотря на все усилия, трубная беременность все же осталась своевременно нераспознанной.

Что же касается УЗ-диагностических алгоритмов, используемых для верификации различных дисгормональных нарушений, по своим субъективным проявлениям сходных с начальным периодом нормальной беременности, то они изложены в книге «УЗИ при БРС» (гл. V, с. 218) и не нуждаются в повторении. Вместе с тем полезно напомнить, что во всех таких наблюдениях, при отсутствии Пл/Я в М и независимо от результатов тестирования мочи на ХГ, в обязательном порядке должен осуществляться целенаправленный поиск экосимптомов эктопической имплантации.

В настоящем разделе имеет смысл более подробно остановиться на тех функциональных расстройствах, клиническая картина которых может быть истолкована как следствие ВМБ. Речь пойдет о **дисфункциональных маточных кровотечениях (ДМК)**, возникающих в период отсроченной менструации или, если задержки нет, — до, после или вместо нее. Установлено, что примерно в $44 \pm 5\%$ наблюдений, в которых субъективные проявления заболевания или патологического состояния требуют дифференциации с трубной беременностью, имеют место именно ДМК.

Как известно, дисгормональные метроррагии различной интенсивности и длительности могут наблюдаться у любой женщины репродуктивного периода жизни (с обычно регулярными циклами) в качестве случайного явления, или же вызываются временным действием одного или нескольких из многих неблагоприятных факторов: стресс, травма, нервное переутомление, избыточная физическая нагрузка, воспалительные заболевания, резкая перемена климата, диета, отмена оральных контрацептивов, медикаментозная терапия соматических заболеваний и пр. ДМК может начаться до, в срок или после окончания менструации, в середине межменструального периода, после задержки месячных или протекать по типу беспорядочных ациклических кровотечений. Причем данное состояние способно возникать при самых различных уровнях насыщения половыми гормонами — от сниженного до повышенного количества эстрогенов или гестагенов.

Наиболее подозрительны в плане возможной эктопической имплантации ДМК, протекающие в виде скудных мажущих кровянистых выделений, развивающихся на фоне менструальной задержки (от нескольких дней до месяца).

Чаще всего такие явления встречаются при **персистенции преовуляторного или доминантного фолликула** (иначе называемой лютеинизацией неовулировавшего фолликула), т.е. в случае ановуляторного цикла, в котором зреющий фолликул достигает величины доминантного (14–20 мм) или преовуляторного фолликула (20–30 мм), но овуляции не происходит. Затем следует период постепенного его регресса, в конце которого из-за падения концентрации эстрогенов развивается отторжение Э. Продолжительность персистенции фолликула не всегда бывает одинаковой. Иногда она находится в пределах нормального цикла. Но чаще персистенция бывает более длительной, и тогда менструация, менее обильная, чем обычно, наступает после предшествующей аменореи (от 3–4 дней до 2 нед.). Нередко в течение этого периода концентрация эстрогенов снижается не скачкообразно, а замедленно или

волнообразно, что инициирует появление кровомазания или эпизодов малоинтенсивной метроррагии.

Итак, диагностическая задача складывается из вполне конкретных вводных данных (анамнез, жалобы, результат грави-теста) и предполагает всего два концептуально противоположных варианта решения. В частности, задержка месячных позволяет думать о БРС, а незначительные кровянистые выделения — об эктопической имплантации или УВ на раннем сроке. С другой стороны, почти всегда выполняемый до УЗИ мочевого тест на ХГ, показывающий отрицательную реакцию, «говорит» против гравидарной версии и выдвигает на первое место альтернативный беременности вариант диагноза — функциональное нарушение менструального цикла (НМЦ). Однако, с учетом приведенных в начале этого раздела сведений, отрицательный грави-тест не исключает на 100% возможность беременности, в том числе и внематочной. Впрочем, уже на первом (доэхографическом) этапе обследования против ВМБ, в определенной степени, свидетельствует характер кровоизлияний: если трубной беременности свойственны мажущие темные выделения, то при ановуляторном ДМК (а также УВ при БРС) обычно присутствует вялотекущая метроррагия алого цвета. Более достоверная и объективная информация, в большинстве наблюдений позволяющая установить верный диагноз, становится доступной с помощью УЗИ.

В процессе эхолокации, при персистенции доминантного или преовуляторного фолликула (с задержкой месячных и кровянистыми выделениями, предшествующими отсроченному менструальному кровотечению), в первую очередь обращает на себя внимание отсутствие Пл/Я в М и наличие там типичного для I фазы цикла пролиферативного Э трехслойного строения, характеризующегося наличием незначительного (2–3 мм) уплотнения кортикальных отделов и отчетливо выраженной разделительной линии в центре. Толщина слизистой не превышает 10 мм и чаще всего колеблется от 5 до 9 мм. Контуров совершенно четкие, а при менструальной задержке свыше 1 недели вокруг эндометриальной ткани (на границе с миометрием, а точнее — между функциональным Э и невидимым эхографически базальным слоем) прослеживается узкая зона отторжения в виде эхонегативного ободка.

С., 30 лет. Первичное (до консультации гинеколога) посещение УЗ-кабинета с жалобами на: 1) отсутствие месячных в течение 15 дней; 2) необильные и кратковременные кровоизлияния, периодически возникающие в указанный период; 3) мочевые тесты на ХГ (дважды) ⊖.

Рис. 20.1. Состояние полости М при персистенции доминантного фолликула.

Э: толщина 5–6 мм, трехслойная структура, четкие контуры и эхонегативный ободок (3–4 мм) по периферии.

Эхокартина пролиферативной слизистой, по объему и строению соответствующей средней стадии I фазы цикла, со сформированной зоной отторжения на границе с базальным слоем.

Количественная и качественная оценка Э уже в самом начале исследования позво-



ляет исключить (или подвергнуть большому сомнению) гравидарную природу субъективной симптоматики, ставшей причиной проведения УЗИ. Действительно, небольшой объем и свойственная пролиферативному Э трехслойная структура, а также абсолютно четкий контур содержимого полости М — противоречат возможности зачатия и уж никак не могут быть соотнесены с децидуальным Э, для которого характерны значительная степень утолщения слизистой (свыше 12 мм), нечеткость границ и специфические структурные особенности (см. гл. I). Дополнительно в пользу функционального НМЦ свидетельствует отсутствие таких косвенных признаков беременности, как незначительное увеличение М, усиление сосудистого рисунка ее мышечных стенок, расширение параметральных вен. Существенную уверенность в данном предположении придает отрицательная реакция мочи на ХГ. Одновременно с этим, пролиферативное строение Э (остановившегося в своем развитии на уровне средней стадии I фазы цикла) делает возможной первичную идентификацию овариальной дис-



Рис. 20.2. (То же наблюдение, что и на рис. 20.1). Ановуляция — персистирующий доминантный фолликул в Я, 18 × 13 мм.

функции → ановуляция, что подтверждается изучением Я.

Показанная на рис. 20.1 и 20.2 персистенция доминантного фолликула сопровождается несколько сниженной концентрацией эстрогенов, что эхографически проявляется относительно небольшим объемом как Э (4–7 мм), так и неовулировавшей фолликулярной полости (14–20 мм в Ø). Более высокие значения функциональных УЗ-показателей отмечаются в случае нормоэстрогенного ановуляторного цикла, когда гормонобусловленные процессы в Я тормозятся в преовуляторной стадии.

П., 24 года. Очередная менструация в срок не наступила, а через 2 дня от предполагаемого ее начала появилось кровомазание, не прекращающееся в течение трех предшествующих УЗИ суток. Болей нет. Тестирование на ХГ не проводилось.

То есть имела место клиническая симптоматика, весьма подозрительная на начальный этап маточной БРС с явлениями УВ или... ВМБ, что представлялось менее вероятным, так как скудные, но постоянные кровянистые выделения не были темными.

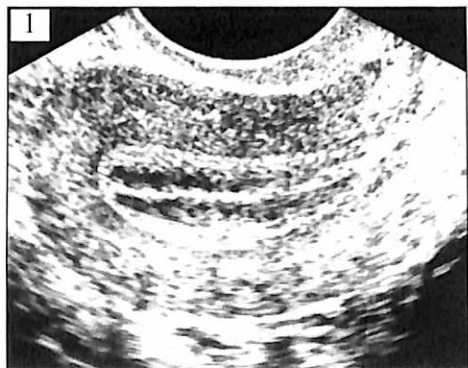


Рис. 21 (1, 2). Персистенция преовуляторного фолликула.

1. В М Пл/Я нет.

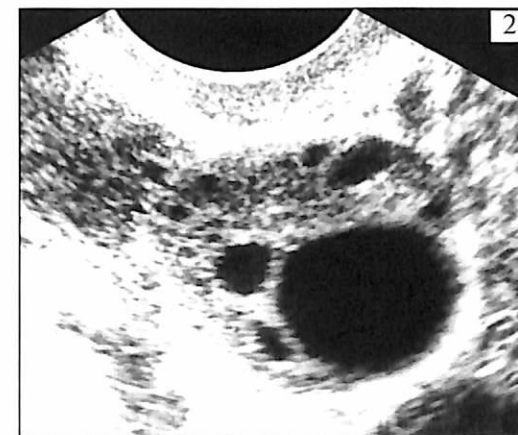
Пролиферативный Э, соответствующий поздней стадии I фазы цикла: 8–9 мм, трехслойный, контуры ровные и четкие во всех отделах, но без эхонегативного «ободка отторжения».

2. Фолликулярная полость (25 мм в Ø) в одном из Я.

В полости м/таза патологических параовариальных О и свободной жидкости — нет. Миометральные и параметральные сосуды не расширены.

Следует отметить, что при 5-дневной менструальной задержке отсутствие УЗ-изображения Пл/Я в М и за ее пределами вовсе не исключает наличия эхонегативного варианта маточной или, с учетом жалоб, внематочной беременности. Точно так же жидкостное О в Я могло быть расценено как киста гравидарного ЖТ. Вместе с тем, количественные и качественные показатели Э не соответствовали эхографической картине децидуальной слизистой. Более того, именно пролиферативный (необильный, трехслойный, с четким контуром) характер слизистой М позволял думать об ановуляции (исключая возможность зачатия), что подтверждалось наличием функциональной овариальной полости — неовулировавшего и персистирующего свыше «временных рамок» одного цикла преовуляторного фолликула.

Пациентке предложено сделать тест на ХГ (результат отрицательный) и обратиться к гинекологу в связи с ановуляторным НМЦ.



Ановуляторные нарушения, вызванные персистенцией доминантного или преовуляторного фолликула, протекающие в условиях пониженного или нормального уровня эстрогенов, довольно точно и надежно можно распознать и, следовательно, исключить гравидарный генез клинической симптоматики уже при первичном УЗИ; особенно, если результаты эхолокации подтверждаются отрицательной реакцией на ХГ.

Персистенция ЖТ с нормальной или повышенной секрецией прогестерона.

Необычно длительное существование в Я хорошо развитого (морфологически и физиологически) менструального ЖТ приводит к тому, что к началу ожидаемой менструации функциональная активность его, а соответственно и уровень гестагенов, остается неизменной или падает недостаточно быстро — развивается задержка месячных. Затем, вследствие частичного истощения секреторных резервов ЖТ, выработка П зачастую становится дискретной. В результате отторжение Э происходит неравномерно → возникают необильные прерывистые кровоизлияния или мажущие кровянистые выделения, предшествующие отсроченному менструальному кровотечению. Существенная деталь: у 27–35% таких пациенток из-за длительного воздействия П на миометрий эвакуация небольших порций крови из М замедляется, что приводит к появлению скудных темных выделений из половых путей — таких же, как и при вялотекущем трубном аборте.

Клиническая симптоматика данного типа овариальной дисфункции аналогична ановуляции с персистенцией неовулировавшего фолликула и практически не отличается от таковой при нарушенной маточной имплантации (УВ при БРС) или ВМБ (особенно, если присутствуют выделения темного цвета). Диагности-

ческие трудности усугубляются еще и тем, что при нормопрогестеронемической лютеиновой персистенции, во-первых, гинекологический осмотр часто показывает косвенные признаки беременности — некоторое размягчение **М**, цианоз слизистых вагины и **ШМ**; во-вторых, в среднем у 24% женщин тестирование на ХГ (мочевые гравитесты и даже реакция сыворотки крови) дает ложноположительный ответ. Следовательно, наиболее достоверным источником объективной информации, позволяющей более или менее оперативно разобраться в этой непростой (а при $\oplus$ -тесте и/или мажущих темных выделениях — критической) диагностической ситуации, является УЗИ.

Степень утолщения содержимого полости **М** (Пл/Я нет) зависит от продолжительности воздействия **П** на $\mathcal{E}$ или, иначе говоря, от длительности эпизода аменореи. При менструальной задержке до недели и чуть больше толщина $\mathcal{E}$ обычно не превышает 9–10 мм (7–9 мм), а качественные его показатели соответствуют предменструальному состоянию: однородная ткань средней или высокой эхоплотности — секреторная слизистая с абсолютно четкими контурами и, часто, эконегативной зоной отторжения (2–4 мм) по периферии.

Показательно, что само по себе персистирующее ЖТ во время сканирования как правило не выявляется, так как сливается с мозговым веществом **Я**.

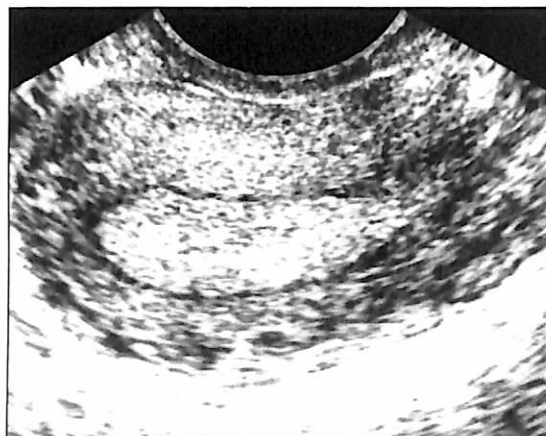


Рис. 22. Секреторный $\mathcal{E}$ (8–9 мм, однородный, средней плотности, четко очерченный, по периферии виден узкий «ободок отторжения»), лоцируемый на фоне небольшой менструальной задержки (6 дней, моча на ХГ $\ominus$), протекающей с эпизодами кровомазания («следы алой крови»).

Относительно необильный $\mathcal{E}$ (до 10 мм, без Пл/Я), однородность его структуры и совершенно четкий контур, в сочетании с отсутствием косвенных УЗ-признаков беременности, ставит под сомнение гравидарную природу субъективных проявлений и в

большей степени свидетельствует в пользу дисгормонального состояния; а именно — персистенции ЖТ, поскольку патологической функциональной полости в **Я** не определяется. Эти предположения перерастают в уверенность, когда подтверждаются отрицательной реакцией мочи на ХГ. В противном случае — гравитест положительный, сомнительный или неинформативный — назначается контрольное УЗИ. Та же тактика, и желательно ХГ-тестирование сыворотки крови, применяется при наличии мажущих темных выделений, которые, независимо от результатов мочевых тестов и УЗ-данных, требуют повышенной «ВМБ-настороженности» от всех участников диагностического процесса. С одной стороны, это объясняется тем, что данный симптом служит наиболее «специфическим» клиническим признаком ампулярно-трубной беременности,

с другой стороны — ограниченной частотой эхографических манифестаций ВМБ в самый начальный период БРС.

У некоторых пациенток умеренная степень утолщения $\mathcal{E}$ может наблюдаться и при более продолжительной лютеиновой персистенции (задержка свыше 1–2 нед.). Диагностический алгоритм тот же. Однако нельзя забывать, что почти идентичная эхокартина полости **М** (а также **Я** и пр.) может выявляться в случае эконегативной формы вялотекущего трубного аборта... если он протекает с постоянными мажущими выделениями или эпизодическими, но более интенсивными кровоизлияниями, в обеих модификациях приводящими к уменьшению объема децидуальной слизистой с одновременным уплотнением ее ткани и более четким отграничением. Дифференциальная диагностика очень сложна, потому что при длительной лютеиновой персистенции с такими же субъективными проявлениями нередко отмечается положительная реакция на ХГ (моча, кровь). Уточнение диагноза возможно путем лабораторно-эхографического наблюдения (лучше в стационаре), в процессе которого оцениваются не только прямые, но и косвенные признаки беременности. Причем клинический мониторинг нельзя чрезмерно затягивать, поскольку вялотекущий трубный аборт в любой непредсказуемый момент чреват развитием массивного внутреннего кровотечения. Иногда в указанной ситуации (при НМЦ) производятся лапароскопические операции с подозрением на ВМБ, показывающие неизмененные яйцеводы... что отнюдь не служит показателем поспешного или недостаточно квалифицированного обследования, а является следствием непреодолимых диагностических затруднений. Впрочем, подобные коллизии (когда при персистенции ЖТ одновременно наблюдаются такие, в общем-то не совсем типичные для данного нарушения явления, как задержка месячных свыше 1,5–2 недель, ДМК и положительная ХГ-реакция) встречаются весьма редко.

Продолжительное воздействие на $\mathcal{E}$ нормальных или даже несколько пониженных доз **П**, вырабатываемых персистирующим ЖТ (аменорея более 1,5–2 нед.), как правило, сопровождается нарастанием в полости **М** избыточного количества слизистой. При этом толщина $\mathcal{E}$ составляет 10–15 мм. Эхосемиотика его аналогична представленным выше УЗ-данным.

Рис. 23.1. Избыточно выраженный секреторный $\mathcal{E}$ при длительной персистенции ЖТ:

13 мм, однородный, высокой плотности, четко очерченный, на границе с миометрием — узкий (1–3 мм) «ободок отторжения».

В ряде наблюдений отмечается гиперфункция персистирующего ЖТ, вызывающая секреторную гиперстимуляцию $\mathcal{E}$, и тогда степень его утолщения достигает 15–22 мм.



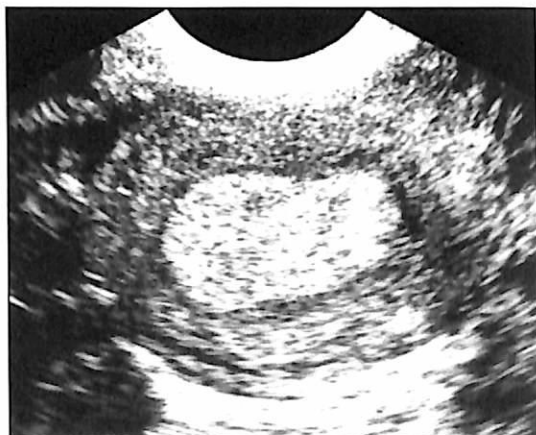


Рис. 23.2. Секреторная гиперплазия слизистой М: 18–19 мм; в остальном, УЗ-качества Э такие же, как и на рис. 23.1 и 22.

Нередко длительная лютеиновая персистенция протекает с децидуоподобной трансформацией слизистой М, что у 25–34% больных отображается эхографически в виде неоднородной зоны пониженной плотности в центре УЗ-изображения Э.



Рис. 24. Децидуализация Э, выявленная у молодой женщины на фоне менструальной задержки (18 дней, мочевого тест на ХГ ⊕; Пл/Я в М нет, Я не изменены, патологических параовариальных О нет, свободной жидкости нет).

Высота Э = 11 мм. Структура его неоднородная за счет зоны пониженной эхоплотности в центре, хорошо видимой на фоне высокоплотностного изображения краевых отделов. Контуры ровные и четкие, с эхонегативной зоной (1–4 мм) на границе с миометрием.

Необходимо подчеркнуть, что среди различных типов функциональных циклических нарушений именно при пролонгированной нормопрогестеронемической персистенции чаще всего происходит псевдодецидуальная перестройка эндометриального эпителия, в результате которой долго не отторгающийся секреторный Э приобретает большое сходство с гравидарной децидуальной оболочкой (без Пл/Я), характерной как для эхонегативного периода маточной имплантации, так и для ВМБ. Общие черты: значительный объем слизистой (зачастую свыше 11–12 мм), выраженное уплотнение кортикальных отделов, зона «разрежения» в центре. Единственное, но кардинальное отличие — в случае лютеиновой дисфункции слизистая полости М всегда имеет совершенно четкие контуры, а на границе с миометрием в большинстве наблюдений определяется хорошо выраженный эхонегативный ободок (2–5 мм). Это сформированная зона отторжения, визуализация которой в норме служит предвестником наступления менструального кровотечения, отсроченного в рассматриваемой ситуации из-за запаздывания существенного падения концентрации П (необходимого для полной десквамации слизистой). В то же время истинному гравидарному Э свойственны нечеткость, размытость контуров (иногда незначительная тяжесть), а также отсутствие периферического «ободка отторжения».

Как уже отмечалось, собственно ЖТ Я в условиях удлинения II фазы цикла обычно не лоцируется. Однако у некоторых больных пролонгирование секреторной функции приводит к умеренной гипертрофии лютеиновой ткани, что делает возможным визуализацию в краевых отделах Я мягкотканного функционального О: от 6–7 до 15 мм, овальной или округлой формы, отличающегося от мозгового вещества Я повышенной эхоплотностью; структура гомогенная или с неоднородным участком в центре.

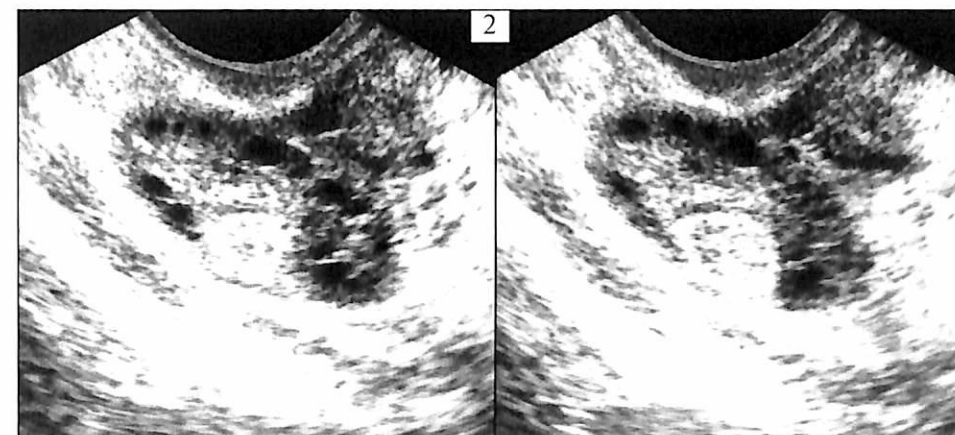
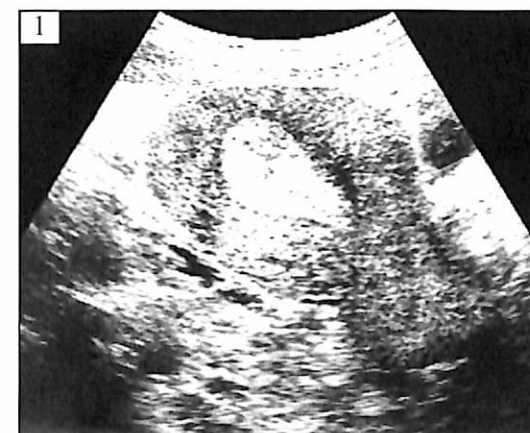
С., 22 года. Задержка месячных (15 дней) развилась после интенсивной подготовки к экзаменам. Контрацепция — «календарный метод» и coitus interruptus. За это время отмечены два эпизода необильных кровоизлияний, оба раза расцененные женщиной как начало менструации, но, в отличие от таковой, необычно короткие. Гинекологический осмотр показал увеличение правого Я. Предварительное заключение: «киста Я, исключить трубную беременность (тест на ХГ, УЗИ)».

Рис. 25 (1, 2). Избыточно развитый секреторный Э и ЖТ в Я, обнаруженные в период аменореи с единичными эпизодами ДМК.

1. Трансабдоминальное сканирование. Толщина Э = 16 мм, однородный, контуры четкие и ровные, по периферии виден эхонегативный ободок, ширина которого достигает 4–5 мм (по передней стенке). В полости М Пл/Я нет.

Патологии Я не обнаружено. Кист нет. Параовариальных патологических О не выявлено. Свободной жидкости нет.

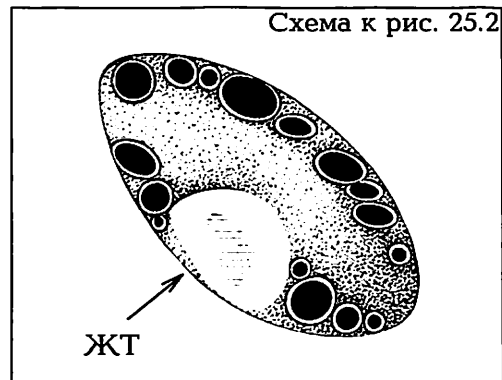
Пациентке предложено сделать тестирование мочи на ХГ, а потом продолжить исследование с помощью ТВ-датчика.



2. ТВ-УЗИ (тест на ХГ отрицательный).

Два несколько отличающихся друг от друга аксиальных УЗ-сечения правого Я: размеры 44 × 23 мм (левый Я 28 × 18 мм), множественные антральные фолликулы и эхопозитивное (мягкотканное) О в задне-нижнем отделе, 13 × 8 мм, эхоплотность периферических отделов его высокая, а в центре — средняя, контуры местами нечеткие.

В остальном данные ТВ-УЗИ повторяют результаты обзорной эхолокации.



Целесообразно провести (на примере С.) оперативный клинический анализ результатов обследования.

1. Сравнительное изучение клинико-лабораторных и эхографических данных позволяло исключить гравидарную версию диагноза. Против нее свидетельствовало сочетание следующих признаков: отсутствие Пл/Я в М при гестационном сроке 4 или 4-5 НБ; несоответствие качественных показателей избыточно утолщенного Э УЗ-изображению типичной децидуальной оболочки — четкий контур, хорошо выраженная зона отторжения, однородная структура; отрицательная

реакция мочи на ХГ; отсутствие экосимптомов трубной беременности; отсутствие косвенных (эхографических и субъективных) признаков беременности вообще.

2. О в правом Я могло быть расценено как небольшая овариальная фиброма, но, с учетом анамнеза, скорее всего являлось нерегрессировавшим (из-за персистенции) ЖТ. Что же касается «увеличения правого Я», то, как известно, размеры его у большинства женщин превышают величину левого Я (вследствие более высокой овуляторной активности); при наличии неизменной структуры — это вариант нормы.

3. Сочетание этих симптомов «склоняло чашу весов» в пользу функционального нарушения менструального цикла как причины менструальной задержки и эпизодических ДМК. Больше того, секреторный тип Э (однородная структура, четкие контуры), отсутствие крупных функциональных полостей в Я и, напротив, наличие в одном из них лютеиноподобного мягкотканного О делали возможным предположение о персистенции ЖТ.

И все же, несмотря на убедительность представленного симптомокомплекса, было рекомендовано («на всякий случай», «для страховки») повторить грави-тест, а через неделю выполнить контрольное исследование. В дальнейшем: сразу после начала гормонотерапии развилось довольно сильное, но непродолжительное кровотечение; повторная реакция мочи на ХГ ⊖; контрольное УЗИ показало «пустую» и «сократившуюся» полость М, а также почти полный регресс ЖТ в правом Я.

Иногда лютеиновая персистенция сопровождается кистозной перестройкой ЖТ с формированием небольшой полости (до 25–30 мм, чаще всего в пределах 8–20 мм в Ø). Такое мягкотканно-жидкостное ЖТ эхографически неотличимо от аналогичного О, нередко сопутствующего БРС. Дифференциация осуществляется путем анализа состояния полости М, ХГ-тестирования и УЗИ в динамике. Возвращаясь же к лютеиновой дисфункции, нужно отметить, что мягкотканый компонент ЖТ зачастую сливается с мозговым веществом Я, и поэтому на эхограммах фиксируется только жидкостное О, по своим размерам и УЗ-качествам точно такое же, как и неовулировавший фолликул. Данный факт затрудняет идентификацию циклического нарушения, которая в подобных наблюдениях базируется только на структуральном анализе Э. Впрочем, в контексте ВМБ это не принципиально. Главное: надежно исключить беременность и, в первую очередь, — эктопический гравидарный фактор. Однако при персистенции ЖТ, когда оно визуализируется в качестве дополнительного мягкотканно-жидкостного О, дифференциальная диагностика с трубной беременностью часто представляет

большие сложности, а в ряде случаев вообще невозможна. Причем не только из-за сходства клинической картины (кровомазание или необильные метrorрагии на фоне задержки месячных) и УЗ-проявлений, но и потому, что в 17–34% случаев персистенция ЖТ протекает с положительной реакцией на ХГ.

С позиций эходиагноста, прецедент для дифференциации с ВМБ наиболее «остро» возникает тогда, когда локализующееся в кортикальных отделах Я мягкотканно-жидкостное ЖТ лоцируется как бы за его пределами... Или, вернее, если лютеиновая полость с диффузно утолщенными стенками (за счет муфтообразно окружающего их мягкотканного компонента) в значительной степени выходит за овариальный край, тем самым симулируя УЗ-изображение эктопического Пл/Я, вплотную прилегающего к Я. Диагностический алгоритм изложен в разделе «Дифференциальная диагностика» (с. 213–215) и сводится к детализованному уточнению топографии объекта. Но, несмотря на казалось бы объективные и точные критерии, позволяющие достоверно определить — исходит ли лоцируемое О из Я или является параовариальным(?), в практической работе далеко не все так просто. Речь идет о необходимости принятия исключительно ответственного решения — персистирующее мягкотканно-жидкостное ЖТ Я или эктопическое Пл/Я (?), что иногда бывает весьма затруднительно. Особенно, если на исследователя «давят» такие факты, как: отсутствие Пл/Я в М, подозрительная на трубную беременность клиническая картина, положительные тесты на ХГ и, нередко, «децидуальный характер» Э. В такой ситуации, даже в случае надежно доказанного овариального характера объекта, очень трудно сделать однозначный диагностический выбор и при этом не совершить диагностической ошибки (гипер- или гиподиагностики ВМБ). Ведь анализ эхографического изображения всегда субъективен, и поэтому угроза неверной трактовки визуальных образов всегда незримо присутствует почти в каждом исследовании... независимо от опыта врача-УЗИ... в сложных для однозначного толкования наблюдениях.

Между тем, подобное положение дел отнюдь не исключает дуалистического толкования (в УЗ-протоколе) эхокартины. Например: «ЖТ Я при НМЦ или трубная беременность», «киста ЖТ, но, с учетом положительного грави-теста, нельзя полностью исключить ВМБ» или «УЗ-данные следует дифференцировать между кистозным ЖТ и, менее вероятно, тубарным О (ВМБ?)» и пр. Уточнение диагноза производится путем динамического наблюдения, включающего УЗ-мониторинг (с интервалом 2–3 дня) и контроль концентрации ХГ в сыворотке крови.

В указанной ситуации гистологическое исследование соскоба из полости М также далеко не всегда позволяет установить окончательный (и верный) диагноз, поскольку имеющиеся при персистенции ЖТ децидуоподобные изменения Э могут быть обусловлены и эктопической беременностью.

На последнем этапе комплексного обследования, в том случае, если подозрение на трубную имплантацию все еще «остается в силе», выполняется диагностическая лапароскопия.

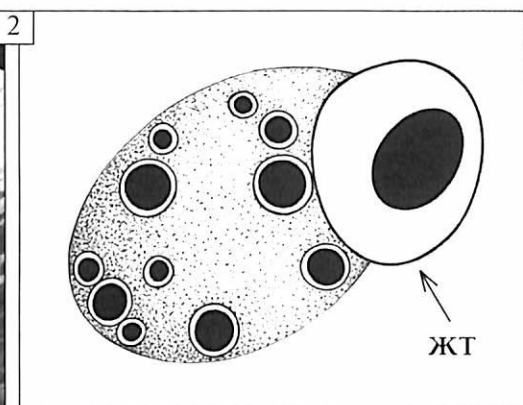
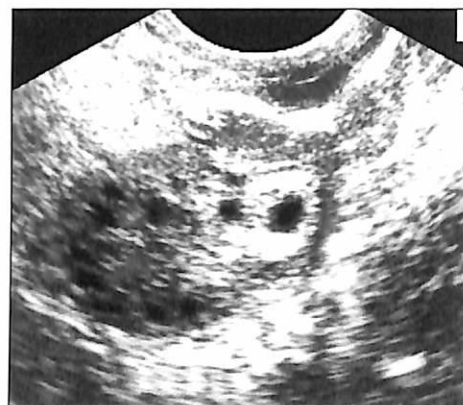
Я., 28 лет. Обратилась в УЗ-кабинет при менструальной задержке 20 дней с жалобами на скудные и прерывистые, но стойкие кровянистые выделения. Планирует сохранение беременности («если удастся»). За это время прошла комплексное амбулаторное обследование: 1) неоднократные гинекологические осмотры — без особен-

ностей, но при последней консультации сделано (устно) предположение о возможной ВМБ; 2) дважды УЗИ, с интервалом в 1 неделю — данных за беременность в М, а также ВМБ и органическую патологию полости м/таза не получено; 3) четыре раза проводилось ХГ-тестирование мочи — первая реакция $\ominus$, вторая неинформативная, два последних гравитеста $\oplus$. Женщина крайне обеспокоена своим состоянием, так как считает, что у нее «беременность в трубе» или «замершая беременность в М». Кстати, оба утверждения больной — при такой субъективной симптоматике, двух положительных тестах на ХГ и отрицательных (в плане визуализации типичного эмбрионального объекта) данных динамического УЗИ — были вполне справедливыми.



Рис. 26 (1, 2). Мякотканно-жидкостное ЖТ Я и децидуальный Э при длительной лютеиновой персистенции, протекающей с клинико-лабораторными проявлениями, крайне подозрительными на ВМБ.

1. В полости М Пл/Я нет.
Э: 12–13 мм; в краевых отделах плотность его высокая, а в центре имеется неоднородная зона пониженной интенсивности; контуры четкие, вокруг слизистой М определяется хорошо выраженный «ободок отторжения».
2. В области медиального края правого Я лоцируется полость с однородной жидкостью (8 × 5 мм)



и относительно толстыми стенками (местами 4–5 мм), общий размер 16 × 10 мм. Первоначальное впечатление — параовариальное жидкостное О, вплотную примыкающее к Я, по своим размерам и УЗ-качествам соответствующее эктопическому Пл/Я = 3–4 или 4 НБ. Однако при позиционном сканировании создавалось впечатление, что данный объект исходит из Я, так как частично О было погружено в овариальную ткань (контуры О и Я пересекаются), а большая его часть лоцировалась за пределами Я. Интимная связь О и Я подтверждалась пальпаторно-тракционным исследованием, показывающим, что они неотделимы друг от друга и смешаются синхронно.

Таким образом, результаты УЗИ свидетельствовали в пользу овариальной природы замеченного объекта. Следовательно — это кистозно-солидное ЖТ в период персистенции. Такая версия диагноза, казалось бы, логично и доказательно объясняла состояние пациентки. Причем против ВМБ говорил чересчур уж четкий (для гравидарной слизистой) контур избыточно выраженного Э. Вместе с тем, дважды положительный ответ гравитестов, наличие довольно «неприятных»

жалоб, децидуальный характер структуры и значительный объем Э вынуждали эколога вновь и вновь взвешивать правильность выбранной, негравидарной концепции исследования. А точнее — сомневаться в адекватности его личной оценки визуальной картины Я и О. А может быть это все-таки Пл/Я в просвете МТр, соприкасающееся с поверхностью Я (или заходящее за овариальный контур) и неотделимое от него из-за яичниково-трубных спаек? А может быть это крайне редко встречающаяся модификация ВМБ — яичниковая беременность? В совокупности получается диагностический тупик, из которого есть только два выхода для эходиагноста: 1) дать двойственное, уклончивое заключение, учитывающее оба варианта диагноза и направить пациентку на консультацию гинеколога; 2) назначить контрольное исследование.

Заключение: обнаруженное в области правого Я образование, скорее всего — кистозное ЖТ (персистенция?). Но полностью исключить ВМБ (справа) не представляется возможным. Для уточнения — консультация гинеколога, УЗИ в динамике, тестирование крови на ХГ.

Госпитализация. Наблюдение и обследование в течение 8 дней. За это время состояние больной оставалось прежним. Четыре раза выполнено УЗИ, неизменно показывающее примерно такую же эхокартину, как и на амбулаторном этапе. Дважды проводилось тестирование слювотки крови на ХГ: оба раза результат был положительным, с резко сниженной концентрацией гормона. Лапароскопия: неизменные маточные трубы, незначительная по объему резекция правого Я (гистологически — стенка кисты ЖТ). Выскабливание полости М; гистологически — Э в поздней стадии секрета с децидуальной реакцией стромы, ворсин хориона нет.

В рассматриваемой ситуации (сравнительно редкой, но отнюдь не гипотетической) имеется дополнительный УЗ-признак, позволяющий усомниться как в возможности трубной nidации, так и в наличии беременности вообще. Уточнение производится путем внимательного изучения контуров Э — для децидуально измененной (из-за длительного воздействия П) секреторной слизистой при лютеиновой персистенции характерна, по сравнению с гравидарным состоянием полости М (эхонегативная форма маточной имплантации, неполный выкидыш, ВМБ), высокая степень отграничения Э с формированием в пограничной области отчетливого эхонегативного ободка. На это можно возразить (к вопросу о нетипичных вариантах эхокартины), что четкий контур Э и даже перифокальная зона пониженной плотности вокруг него изредка встречаются и при хронической форме трубного аборта, протекающего длительно и с метроррагией. Это так. Но в случае ВМБ периметриальная эхонегативная область не имеет четкой внешней границы, а плавно сливается с УЗ-изображением мышечной ткани. В то же время так называемый «ободок отторжения» при циклических нарушениях всегда характеризуется подчеркнутостью наружного края, резко «обрывающегося» на уровне контакта с миометрием.

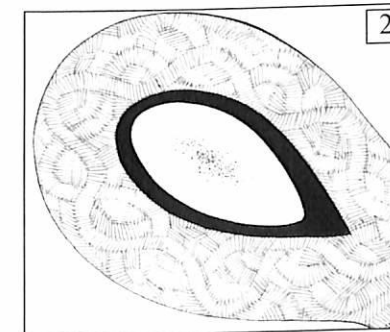
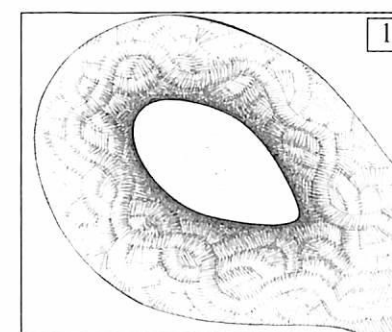


Рис. 27. Различия между зоной гиперваскуляризации вокруг полости М при ВМБ (1) и «ободком отторжения», окружающим Э при гормональных дисфункциях (2).

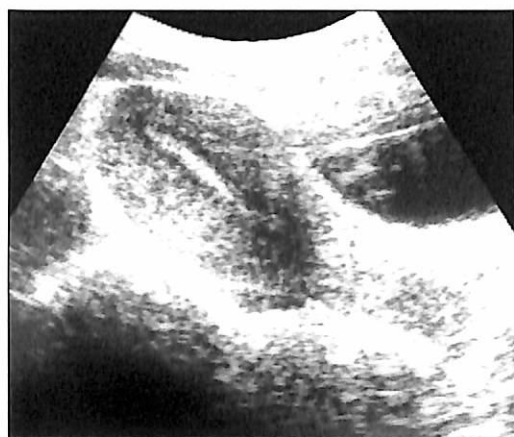
Неполноценное развитие зреющего фолликула или полное отсутствие созревания антрального фолликула в **гипоэстрогенном менструальном цикле**.

Как известно из нормальной гинекологической эндокринологии, регенерация отторгнутого при менструации функционального слоя **Э** начинается уже на 1–2-й день от начала месячных и происходит под влиянием эстрогенов, продуцируемых очередным зреющим в **Я** фолликулом. Если рост этого фолликула затормаживается в самом начале нового цикла (неполноценное созревание или отсутствие созревания), то выделяемое им количество эстрогенов оказывается недостаточным для обеспечения своевременной регенерации **Э**. В результате постдесквамационная раневая поверхность в полости **М** существует более длительно, чем обычно. Это приводит к увеличению продолжительности циклического кровотечения — в виде начавшейся в срок, но затянувшейся менструации, когда после типичных циклических кровоизлияний длительное время наблюдаются скудные мажущие кровянистые выделения («месячные начались, но не заканчиваются»). Другая модификация ДМК данного типа характеризуется тем, что через несколько дней (или на следующий день) после окончания менструации появляется вялотекущая метроррагия (кровомазание). В обоих случаях указанная симптоматика имеет определенное сходство с субъективными проявлениями, нередко наблюдающимися на начальном этапе (I фаза) ампуплярно-трубной беременности.

Состояние пациентки уточняется с помощью УЗИ, дополненного отрицательным результатом грави-теста. В процессе сканирования возможны два варианта эхокартины.

1. При затянувшемся менструальном кровотечении (за счет кровомазания) чаще всего выявляется «пустая» полость **М** и УЗ-морфологически неизменный **Я** без признаков функциональной активности (нет созревания фолликула).

Полость **М** лоцируется в виде четко очерченной эхонегативной зоны, в центре которой прослеживается эхопозитивная линейная структура толщиной 1–2–4 мм. **Я** нормальных размеров, с множественными антральными фолликулами (от 2–3 до 5–6 мм), но без УЗ-изображения зреющего фолликула.



Н., 27 лет. Менструация наступила в срок и «прошла как обычно», но не закончилась, а продолжается в виде мажущих кровянистых выделений в течение 4–5 дней.

Рис. 28. Полость М при гипоэстрогенном менструальном цикле, начальный период которого протекает без созревания фолликула (пояснения в тексте).

Дисфункциональное расстройство такого типа может развиваться у любой женщины чадородного возраста. Но замечено, что наиболее часто это наблюда-

ется у молодых пациенток избыточного питания, с ярко выраженным женским морфотипом, без гирсутизма, с преимущественно регулярными месячными и нормальными показателями фертильности.

2. Мажущие кровянистые выделения, начинающиеся вскоре после окончания менструации, как правило, развиваются (но не всегда) при функциональной недостаточности I фазы цикла (неполноценном фолликулогенезе).

Эхосканирование показывает значительное отставание степени утолщения **Э** от ожидаемых по циклическим расчетам значений. Аналогичные явления отмечаются и при анализе фолликулярного аппарата **Я**. В одном из них, на фоне множественных мелких фолликулов, удается увидеть зреющий фолликул, но значительно меньших, чем следует, размеров (6–7–10 мм).

Справедливости ради надо отметить, что гипоэстрогенные циклы с неполноценным созреванием очередного фолликула встречаются (как спорадическое явление) довольно часто и в большинстве случаев протекают бессимптомно. ДМК в начальной стадии фазы пролиферации развивается редко, и только если одновременно со слабой или замедленной постменструальной эпителизацией полости **М** присутствует лабильность выработки изначально сниженных доз эстрогенов. Перманентная же функциональная недостаточность циклического фолликулогенеза зачастую служит причиной эндокринного бесплодия.

Ановуляция с формированием фолликулярной кисты или, иначе говоря, кистозная атрезия неовулировавшего фолликула (размеры функциональной овариальной полости свыше 30 мм) — самый частый тип ановуляторных нарушений, вызывающий задержку месячных. Обычно данная дисфункция протекает «спокойно», без субъективных симптомов (ДМК, предшествующих полному отторжению **Э**; болей, сочетания болей и ДМК), вызывающих опасения относительно вероятной эктопической имплантации. Однако ситуации подобного рода вполне возможны и должны быть рассмотрены.

1. ДМК на фоне задержки месячных (от 1 нед. до месяца, обычно — в пределах 3 нед.). Наблюдаются редко, так как для ановуляторной кистозной атрезии в основном характерна постоянная концентрация эстрогенов (повышенная или нормальная), а десквамация **Э** происходит внезапно и бурно вследствие резкого падения уровня эстрогенов в результате истощения функциональных резервов гранулезного эпителия фолликулярной кисты. Если же гормонопродукция нестабильна, то могут развиваться хаотические кровоизлияния — от скудных прерывистых кровянистых выделений до более или менее стойкого кровотечения. Чаще всего отмечаются эпизодические метроррагии (цвета «свежей» крови) слабой или средней интенсивности.

Ю., 32 года. Жалобы на задержку очередных месячных (12 дней) и несколько эпизодов необильных кровотечений. Болей нет. Грави-тест $\ominus$. Пациентка обратилась на УЗИ для окончательного исключения беременности и уточнения состояния репродуктивной сферы перед консультацией гинеколога-эндокринолога.

Разумеется, в данном случае вероятность ВМБ была небольшой. Ведь мочевого теста на ХГ свидетельствует об отсутствии беременности вообще, что автоматически выд-

вигало на первое место версию о НМЦ. Но все же при наличии нескольких необильных кровотечений в период кратковременной аменореи нельзя было полностью «сбрасывать со счетов» риск эктопической имплантации... хотя бы потому, что примерно у 20% больных с хронической формой ампулярно-трубной беременности тестирование мочи на ХГ дает $\ominus$ -результат. Следовательно, основные векторы исследования должны включать: 1) изучение полости **М** на предмет присутствия там Пл/Я; 2) при отсутствии Пл/Я в **М** — направленный поиск эмбрионального объекта за пределами **М** и свободной жидкости в полости м/таза; 3) в случае негативного результата перечисленных действий — определение и оценка функциональных показателей (состояние **Э** и фолликулярного аппарата **Я**); 4) выявление органической патологии.

УЗИ. Эхопризнаков физиологической и эктопической беременности не обнаружено.

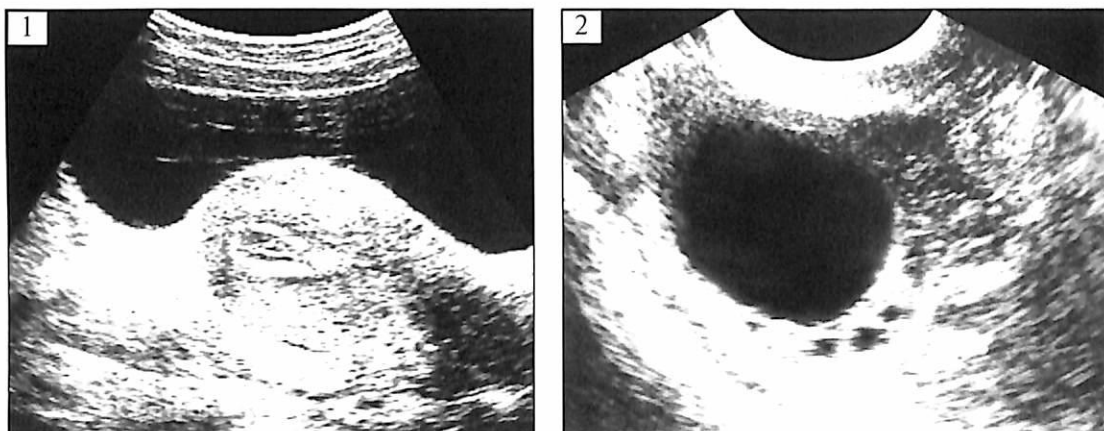


Рис. 29. Состояние **Э** (1 — пролиферативный, 12 мм, с узкой зоной отторжения по периферии) и **Я** (2 — тонкостенная полость, 34 × 30 мм, содержимое однородное; в области нижнего полюса ее видна интактная овариальная ткань, серповидно «охватывающая» сопредельную поверхность кисты) при ДМК в период аменореи, вызванной кистозной атрезией неовулировавшего фолликула.

Таким образом, с одной стороны — отсутствие в **М** и вне **М** эмбрионального объекта (а также свободной жидкости в полости м/таза), плюс $\ominus$ -ответ гравитеста и, с другой стороны — типично пролиферативный характер **Э** в сочетании с крупной функциональной полостью в одном из **Я** позволяли довольно уверенно исключить гравидарный характер клинической симптоматики и высказаться о нарушении менструального цикла с формированием фолликулярной кисты. И все же, учитывая несколько избыточный объем **Э** и ДМК, пациентке предложено сделать контрольное тестирование на ХГ, в случае $\oplus$ -реакции (забегая вперед — результат $\ominus$), повторить УЗИ через 1 неделю (а вдруг это киста ЖТ при эконегативной ВМБ?!).

2. Боли в период аменореи. Сама по себе фолликулярная киста в алгическом отношении абсолютно индифферентна, что детерминирует, как правило, бессимптомное течение «безменструального промежутка». Лишь у очень небольшого числа больных отмечаются незначительные болевые ощущения ноющего характера или дискомфорт, обычно возникающие (или усиливающиеся) при физических нагрузках. Боли развиваются из-за растяжения мезоооварума крупной функциональной полостью (более 40–45 мм в $\emptyset$) и связанного с этим нерезко выраженного раздражения брюшины. Алгические ощущения отмечаются пре-

имущественно у женщин с повышенной болевой чувствительностью репродуктивной сферы, характерной для наружного эндометриоза, аденомиоза, фоновой гиперэстрогении, а также при наличии спаек на стороне кисты.

Дифференциально-диагностический алгоритм известен. Он прост и достоверен, потому что при всех модификациях клинического течения ановуляторно-кистозной овариальной дисфункции УЗ-данные в большинстве случаев весьма точно и демонстративно отражают особенности эндокринологических нарушений.

В первую очередь отмечается, что Пл/Я в **М** нет. За пределами **М** патологических параовариальных **О** гравидарного типа (эктопическое Пл/Я, эктопическое Пл/Я и околозародышевая тубарная гематома, только тубарная гематома), а также свободной жидкости — нет.

В полости **М** определяется утолщенный от 8–9 до 12–14 мм **Э**, почти всегда характерного для I фазы цикла трехслойного строения с эконегативной зоной отторжения по периферии — пролиферативная слизистая в состоянии «готовности» к десквамации. Считается, что ановуляции с формированием фолликулярной кисты свойственна значительная гиперплазия слизистой **М**. Действительно, в ряде случаев объем **Э** достигает 14–20 мм, но это бывает очень редко. В основном отмечается умеренно выраженное утолщение **Э** (до 10–12 мм), соответствующее верхней границе нормы (для секреторного эпителия, перед менструацией) и, уж конечно, менее существенное, чем при гравидарно-децидуальной гипертрофии.

Одновременно с этим в одном из **Я** выявляется типичная функциональная полость: от 30 до 70 мм (преимущественно 30–50 мм) в $\emptyset$, правильной овальной или округлой формы, с очень тонкими стенками и однородным содержимым — фолликулярная киста, вдоль наружной границы которой лоцируется интимно связанная с ней интактная часть **Я** (специфического мелкофолликулярного строения).

В большинстве случаев комплекс приведенных УЗ-находок, в совокупности со всегда отрицательной реакцией на ХГ, позволяет не только отвергнуть беременность (любой локализации) в качестве диагностической гипотезы, но и идентифицировать тип нарушения менструального цикла.

3. Боли и ДМК при менструальной задержке — весьма тревожная триада субъективных признаков, в равной степени свойственная маточной БРС с явлениями УВ, ВМБ и иногда встречающаяся при циклическом нарушении с формированием фолликулярной кисты.

Принципы дифференциации изложены в предыдущих разделах и подразделах. Дополнительно к этому назначается контрольное УЗИ — обязательное в случае столь подозрительного на эконегативную форму трубной беременности сочетания жалоб.

М., 28 лет. Менструальная задержка 18–19 дней, на протяжении которой отмечает непостоянные ноющие боли внизу живота (справа) и прерывистые кровомазания (но не темные). Два мочевых теста на ХГ $\ominus$. При гинекологическом осмотре обращали на себя внимание следующие явления: некоторый цианоз слизистых, увеличение и болезненность правого **Я**. Заключение: правосторонняя трубная беременность? Киста **Я**?

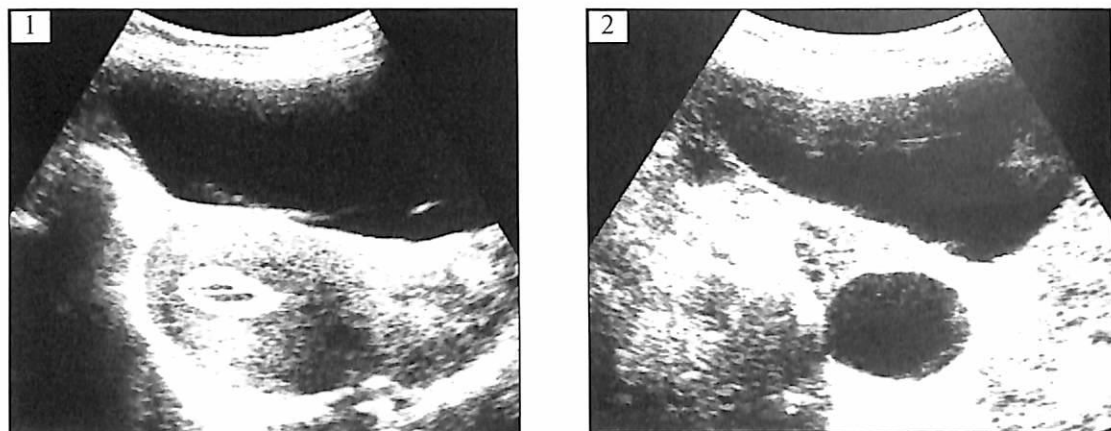


Рис. 30 (1, 2). Нарушение менструального цикла с формированием фолликулярной кисты.

1. В полости М Пл/Я нет. Э = 11–12 мм, трехслойного строения — с равномерно утолщенным и уплотненным кортикальным слоем и хорошо выраженной разделительной линией в центре; контуры ровные и четкие.

2. Из нижнего полюса правого Я исходит тонкостенное жидкостное О правильной овальной формы, 42 × 33 мм, содержимое однородное.

Левый Я не изменен. За пределами М патологических О, подозрительных на ВМБ, не выявлено. Свободной жидкости нет. Расширены вены параметральных областей.

Отсутствие УЗ-признаков беременности (в М и вне М), отрицательные реакции на ХГ и типично функциональная овариальная полость свидетельствовали о гормональной дисфункции. Причем крупные размеры фолликулярной кисты поясняли причину болей, а длительный характер ановуляторно-кистозной персистенции — избыточное утолщение и уплотнение краевых отделов пролиферативного Э. Вместе с тем, наличие, с одной стороны, такого тревожного (в плане ВМБ) симптомокомплекса, как боли и кровянистые выделения на фоне задержки месячных, и, с другой стороны — косвенных признаков беременности (цианоз слизистых вагины и ШМ, усиление сосудистого рисунка параметральных областей) не позволяло окончательно исключить эконегативную форму трубной имплантации.

Для уточнения рекомендовано сделать ХГ-реакцию крови и контрольное УЗИ. Тестирование сыворотки крови на ХГ ⊖. Сразу после начала гормонотерапии развилось интенсивное и обильное кровотечение. Повторное исследование: «пустая» и сократившаяся полость М с элементами слабовыраженного функционального слоя Э; фолликулярная киста самоликвидировалась.

В наблюдении М. фигурирует своеобразная деталь эхокартины, касающаяся строения длительно не отторгающегося пролиферативного Э. При менструальной задержке более 2 недель ткань периферических отделов слизистой уплотняется («стареет»), что приводит к диффузному утолщению кортикального слоя. В результате, если объем Э превышает 11–12 мм, он приобретает УЗ-черты децидуальной оболочки. Вместе с тем, истинная гравидарная слизистая не имеет такого резкого отграничения (зачастую усиленного эконегативным «ободком отторжения»), как долго не эвакуируемый из М пролиферативный (или секреторный) Э. Напротив, контуры децидуальной оболочки обычно представляются нечеткими, размытыми и даже несколько тяжистыми.

Еще один нюанс. Как известно, ановуляторному менструальному циклу с кистозной атрезией фолликула свойственна нерезко или умеренно выраженная гиперэстрогения, иногда вызывающая усиление сосудистого рисунка параметраль-

ных областей (а также разрыхление и гиперемия слизистых). Эти косвенные, псевдогравидарные симптомы иногда затрудняют распознавание НМЦ. В то же время обогащение сосудистого русла полости м/таза нельзя рассматривать в качестве самостоятельного признака, потому что данное явление наблюдается при фоновой гиперэстрогении, эндометриозе, БРС, воспалительном процессе, варикозной болезни или может быть вариантом нормы.

Разбирая особенности субъективных и эхографических симптомов при функциональных расстройствах, нужно отметить, что отнюдь не всегда ановуляторно-кистозная персистенция, вызывающая задержку месячных, протекает с повышенной выработкой эстрогенов. Нередко при наличии крупной фолликулярной кисты определяется умеренный (7–10 мм) или незначительный (3–5–6 мм) объем Э. Менструация может наступить в срок и быть менее обильной, чем обычно, и, вследствие пониженной и неустойчивой концентрации эстрогенов, сопровождаться до- или/и постменструальным кровомазанием. Одним словом, в ряде случаев клинические проявления данного варианта ановуляторного цикла могут быть почти такими же, как и при неполноценном созревании очередного фолликула, сальпингите, ВМБ или гипофункции ЖТ.

О., 33 года. Первый раз обратилась за помощью в связи с появлением постоянных ноющих болей внизу живота, справа. При вагинальном исследовании выявлено «увеличение правого Я». Выписка из протокола УЗИ: «...на 19-й день цикла Э — 6 мм... справа от М имеется жидкостное О, 5,0 × 2,8 см». Было принято решение об обострении хронического аднексита с развитием гидросальпингса. Начато противовоспалительное лечение. Очередные месячные «пришли в срок, но не такие длинные, как всегда». После их окончания отмечает мажущие скудные выделения геморрагического характера и, по-прежнему, тянущие боли в правой подвздошной области. Осмотрена участковым гинекологом — «патологическое О справа, вытянутой формы, слегка болезненное при пальпации». Предварительное заключение: «киста правого Я, сальпингит с НМЦ или правосторонняя трубная беременность». Рекомендовано сделать тест на ХГ (результат ⊖) и повторить УЗИ.

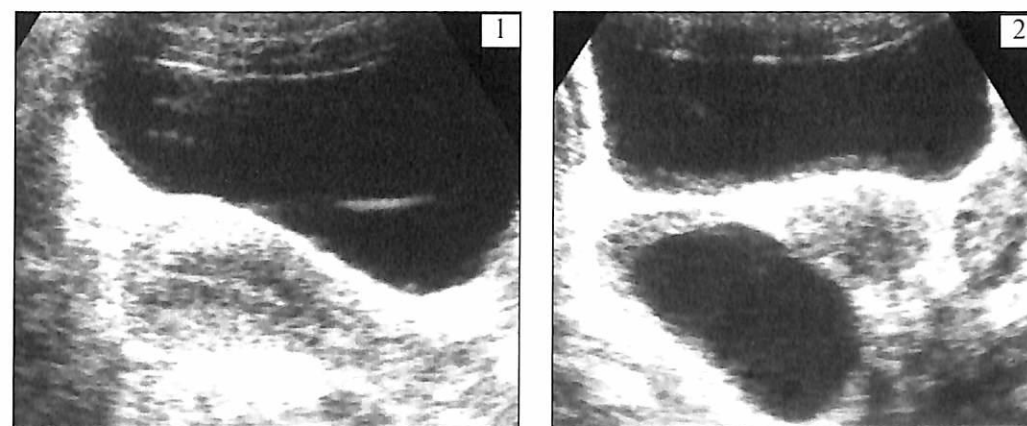


Рис. 31 (1, 2). Крупная фолликулярная киста, клинические проявления которой были подозрительны на ВМБ.

1. Продольный эхосрез М.

Полость М расширена до 12 мм, содержит линейный Э толщиной 3 мм.

2. Поперечное УЗ-сечение м/таза на уровне нижней трети М.

В правой параметральной области имеется тонкостенная полость (65 × 34 мм, содержимое однородное), в области верхнего полюса которой видна интактная часть правого Я. Левый Я не изменен.

Дисфункциональное маточное кровотечение при гипофункции ЖТ. Если ЖТ Я преждевременно прекращает свое дальнейшее развитие, то снижение концентрации П наступает раньше, чем в нормальном менструальном цикле, и происходит замедленно. Это вызывает преждевременное, постепенное и неравномерное разрушение (частичное) функционального слоя Э, сопровождающееся появлением скудных кровянистых выделений (прерывистых или постоянных) до начала (за 2–3 — 7–10 дней) очередной менструации. Затем, в конце цикла, инволюция недоразвитого ЖТ происходит достаточно быстро и, как правило, своевременно. Поэтому, наступающая после предшествующего ДМК менструация начинается и заканчивается в срок, но бывает менее обильной, чем всегда. В ряде случаев мажущие кровоизлияния продолжают беспокоить больную и после окончания месячных.

Эхографические находки при данной овариальной дисфункции зависят от времени проведения УЗИ — до или после месячных. Если исследование выполняется до начала менструации, на фоне предвещающих ее кровянистых выделений, то в полости М выявляется умеренно выраженный (7–9 мм) однородный Э, с четким и ровным контуром; в 50–72% наблюдений — с тонким (предменструальным) «ободком отторжения». Я не увеличены, нормальной мелкофолликулярной экоструктуры. Собственно недоразвитое ЖТ не лоцируется.

В тех случаях, когда УЗИ выполняется после окончания нетипично начавшихся месячных, со стороны Э и Я определяются обычные морфо-функциональные показатели (пролиферативный Э, зреющий или доминантный фолликул в Я), в количественном отношении соответствующие нормальной I фазе следующего цикла.

В главе II, в разделе «ВМБ в ампуле МТр» было упомянуто, что подобные явления (вялотекущая метроррагия перед «менструацией») могут наблюдаться на начальном этапе ампулярно-трубной имплантации — именно поэтому данное циклическое нарушение и было рассмотрено в контексте эктопической беременности. Дифференциально-диагностические УЗ-критерии очевидны и доказательны (тем более в сочетании с отрицательным результатом грави-теста). Они показаны выше и, при наличии дисгормонального состояния, позволяют с большой долей уверенности исключить трубную беременность.

Гипопрогестеронемический вариант персистенции ЖТ. После овуляции, как правило, в средней стадии II фазы цикла прогестеронообразующая функция ЖТ замедляется — физиологического нарастания концентрации П не наблюдается, а ЖТ продолжает секретировать пониженные, но постоянные дозы гормона. Из-за этого нормального предменструального снижения концентрации гестагенов не происходит. Развивается задержка месячных (1–4 нед.), на протяжении которой зачастую отмечаются ДМК двух типов: 1) при постепенном истощении функциональных резервов персистирующего ЖТ и, соответственно, плавном сни-

жении продукции П после непродолжительной задержки появляются незначительные мажущие кровянистые выделения (иногда темного цвета), продолжающиеся от 3–5 дней до 2–3 недель, — патологическая менструация; 2) если отмечается дискретность выработки гестагенов (изначально сниженный уровень П то падает, то опять восстанавливается), на фоне задержки месячных возникают хаотические необильные метроррагии. Несколько реже персистенция гипофункционального ЖТ протекает без аменореи — менструация наступает вовремя (в ряде случаев ей предшествует кровомазание), но бывает менее обильной и более длительной, чем обычно.

В любой модификации субъективные проявления данного дисгормонального состояния трудноотличимы от маточной БРС с явлениями УВ или ампулярно-трубной ВМБ. ХГ-тестирование также не всегда бывает эффективным, так как в 8–14% наблюдений гипопрогестеронемического варианта лютеиновой персистенции (реже, чем при нормо- и гиперпрогестеронемической форме этого нарушения) реакция на ХГ может быть положительной.

Вместе с тем, результаты УЗИ практически всегда позволяют разрешить эту диагностическую задачу. При персистенции гипофункционального ЖТ, помимо отсутствия прямых симптомов маточной или эктопической имплантации, главным отличительным признаком от гравидарного состояния является небольшой объем слизистой полости М (структура однородная, плотность высокая или средняя), толщина которой составляет от 3 до 7 мм (в основном 4–6 мм). Это связано с тем, что в условиях пониженной функциональной активности ЖТ физиологического нарастания секреторного Э не происходит. Напротив, при патологическом удлинении II фазы цикла объем его уменьшается из-за дегенеративно-дистрофических изменений. Также отмечается высокая степень отграничения Э, с формированием хорошо заметного эхонегативного ободка на границе с миометрием, а точнее — между функциональным секреторным эпителием и очень тонким (УЗ-негативным) базальным слоем, выстилающим стенки материнской полости. Выраженность зоны отторжения зависит от длительности задержки месячных: чем она продолжительнее, тем больше ширина (до 4–6 мм) и степень оптико-акустической «проработки» пограничной области.

Рис. 32. Полость М при гипопрогестеронемическом варианте персистенции ЖТ.

Э = 5 мм, структура однородная, плотность высокая. Вокруг него — четко очерченная эхонегативная зона, от 3 до 6 мм.

В случае длительного периода аменореи (свыше 2 нед.) слизистая М подвергается существенному регрессу, и тогда в центре полости лоцируется линейное или веретенообразное изображение слабо развитого Э, толщина которого не превышает 3–4 мм.



Состояние **Я**: независимо от продолжительности задержки месячных — не увеличены, нормальной мелкофолликулярной структуры, функциональных полостей (фолликулов) более 7 мм в Ø не определяется, кист нет, персистирующее ЖТ не лоцируется. Параметральные вены и сосуды миометрия не расширены. Свободной жидкости в полости м/таза нет.

Полезно напомнить, что актуальность проведения дифференциальной диагностики между ВМБ (хронической и подострой формами трубного аборта, а также прогрессирующей ампулярно-трубной имплантацией) и функциональными нарушениями менструального цикла весьма значительна. Особенно при первичном, амбулаторном обследовании, поскольку в 34–52% случаев клиническая симптоматика, подозрительная на эктопическую беременность, обусловлена именно различными дисгормональными состояниями. В большинстве таких наблюдений, фактически являющихся разными модификациями экстремальной диагностической ситуации (ВМБ?!), дифференциальная задача разъясняется довольно быстро (в процессе первого обращения), объективно и доказательно... с помощью УЗИ. Но только при совпадении четырех взаимодополняющих положений:

1. Анализ результатов эхолокации производится комплексно — путем сопоставления их с клинической картиной (жалобы, анамнез, данные гинекологического осмотра) и реакцией на ХГ (моча, кровь).

2. Обязательной составляющей исследования является, после регистрации отсутствия Пл/Я в полости М, направленный эхографический поиск эктопического эмбрионального или эмбрионально-геморрагического объекта (а именно: Пл/Я за пределами М, Пл/Я с небольшой ретрохориальной гематомой, околозачатковой гематомы I или II стадий, организованной тубарной гематомы); а также эхолокация отдаленных отделов м/таза на предмет наличия там свободной жидкости. Причем указанные действия осуществляются всегда, независимо от жалоб, результатов тестирования на ХГ и состояния Э.

3. Оценка характера слизистой М производится в сопоставлении с УЗ-морфологией фолликулярного аппарата Я. При этом как для исключения эконегативной формы беременности (в М или вне М), так и для уточнения типа НМЦ большое значение имеет количественный и качественный анализ Э. На последнем моменте стоит остановиться подробнее, потому что во многих УЗ-протоколах не уделяется достаточного внимания структуральной оценке Э. Проще говоря, зачастую она по непонятным причинам отсутствует, а приводятся только количественные параметры. Это очень серьезное упущение. Ведь хорошо известно, что детальное изучение строения и характера контура Э позволяет определить его фазовую принадлежность (пролиферативный, смешанный, секреторный), а также выявить симптомы, свойственные гравидарно-децидуальной оболочке. Особенно важно определение таких показателей, как четкость контура и наличие эконегативного ободка на границе Э и миометрия, характерных для циклических нарушений и очень редко встречающихся при ВМБ. Больше того, в тех немногочисленных наблюдениях, когда при овариальных

дисфункциях имеется избыточно развитый Э, структурально похожий на децидуальную ткань, именно высокая степень отграничения слизистой М, как правило, в сочетании с четко очерченной зоной по периферии, дает веские основания усомниться в гравидарной версии диагноза (даже при наличии положительного грави-теста) и в первую очередь думать о дисгормональном нарушении. Вот еще одно подтверждение того, что в таком деле, как распознавание или исключение ВМБ нет «мелочей», поскольку несущественные, на первый взгляд, диагностические действия и элементы эхокартины при скрупулезном выполнении исследования и более пристальном изучении могут стать «ключом» для правильного диагноза. И пусть не звучит назойливым повторением следующая констатация — успешное проведение дифференциации между ВМБ и НМЦ требует сочетанного (количественного и качественного) изучения слизистой полости М, включающего определение толщины Э, анализ его структуры, оценку контура.

4. Последний, весьма существенный, аспект диагностического процесса заключается в типичности клинико-эхографических проявлений дисфункционального состояния, когда различные детали УЗ-картины и клинические симптомы логично дополняют (поясняют) друг друга и в совокупности обеспечивают однозначный и доказательный вывод. Однако, к сожалению, так бывает далеко не всегда. В 15–32% случаев гормональных расстройств результаты первичного УЗИ оказываются недостаточными для уверенного и недвусмысленного толкования, что диктует необходимость проведения контрольного сканирования (или серии исследований) и дополнительного тестирования на ХГ. Конечно, подобная, так сказать, отсроченная, «отложенная до выяснения обстоятельств» диагностика устраивает далеко не всех пациенток, а также лечащих врачей. В этом нет ничего странного. Такова человеческая природа. А она у многих людей в определенных ситуациях чрезвычайно проста и прямолинейна — подавай им все сразу, немедленно, и точка. Но, как в повседневной жизни, так и в гинекологической эходиагностике, в ряде случаев это невозможно. И тогда женщина покидает УЗ-кабинет неудовлетворенной, так как ощущение неясности и нестабильности является одной из наиболее неприятных человеческих эмоций. К тому же, многие пациентки убеждены, что с помощью УЗИ «все видно», и в силу данного заблуждения начинают испытывать сомнения в квалификации обследовавшего их врача. Для предотвращения указанных негативных реакций целесообразно, перед тем как объявить о необходимости (для уточнения диагноза) контрольного исследования, объяснить больной объективные трудности диагностического процесса, успокоить ее, убедить в том, что ситуация под контролем и в настоящий момент нет никаких угрожающих серьезными осложнениями симптомов, а назначение УЗИ в динамике — обычный и обязательный диагностический прием, широко используемый в клинической практике. Это позволяет не только «сохранить лицо», но и значительно уменьшает явления «невроза ожидания», в той или иной степени, но неизменно наблюдающегося у пациентки в период между двумя исследованиями.

Воспаление придатков матки

Клиническая картина сальпингита (боли внизу живота, болезненность пальпации придатков, наличие «воспалительного О» и др.), протекающего с нарушением менструальной функции (различные типы ДМК, задержка месячных, комбинация этих явлений), зачастую неотличима от хронической или подострой формы трубного аборта, поэтому дифференциальная диагностика между ними требует применения УЗИ и ХГ-тестирования.

Обозначенное выше сочетание — тубарное воспаление и овариальная дисфункция — встречается довольно часто. Причем первично воспаление, служащее «пусковым механизмом» циклического расстройства, характер которого зависит от того, на какую фазу (и стадию) приходится начальный период воспалительного процесса. Чаще всего необходимость дифференциации с ВМБ возникает, когда сальпингит развивается во II фазе цикла, особенно в поздней ее стадии, потому что тогда свойственные воспалению придатков боли появляются на фоне ДМК.

1. Латентное (безболевого) течение сальпингита соответствует поздней стадии секреторной фазы цикла, или, иначе говоря, заболевание развивается в предменструальный период.

Независимо от срока начала патологического процесса, воспаление вызывает нарушение регионарного кровотока на стороне поражения (гиперемия, застой), что приводит к нарушению «питания» ЖТ Я. В том случае, если это произошло перед очередной менструацией, то уже начавшееся снижение концентрации П (вследствие физиологического регресса ЖТ) ускоряется и: 1) за несколько дней до ожидаемого начала месячных появляются несильные кровянистые выделения, переходящие в обычное циклическое кровотечение; 2) менструация «приходит» своевременно и протекает более обильно и менее длительно, чем всегда; 3) менструация начинается раньше, чем обычно, и в виде мажущих кровянистых выделений (периодически усиливающихся) продолжается свыше привычного по предыдущим циклам срока. Боли начинают беспокоить пациентку либо одновременно с появлением предменструальных кровянистых выделений, либо возникают во время месячных или ближе к их окончанию. У женщин с безболезненными месячными выраженность альгоменореи значительно возрастает. В любой модификации после окончания менструации боли не проходят, а продолжают беспокоить женщину в виде умеренных (постоянных) алгических ощущений ноющего характера.

2. При возникновении воспалительного процесса в ранней или средней стадиях II фазы цикла нередко развиваются явления гиполитеинизма, манифестируемые слабыми кровянистыми выделениями, начинающимися примерно за неделю до менструации, или преждевременным ее началом. Боли появляются до или во время геморрагии и продолжаются (без лечения) на фоне месячных и после их окончания. Значительно реже сальпингит вызывает персистенцию ЖТ, как правило, с пониженной выработкой П. При этом субъективная симптоматика очень похожа на клиническую картину трубного аборта, поскольку болевые ощущения наблюдаются на фоне менструальной задержки, у многих больных протекающей с ДМК.

3. Очень часто подозрение на трубную беременность высказывается, когда начало воспаления придатков приходится на раннюю стадию I фазы цикла. Дело в том, что в этом случае воспалительный процесс может вызвать функциональную недостаточность начального этапа циклического фолликулогенеза, приводящую к появлению (после окончания месячных) незначительных кровянистых выделений, наблюдающихся одновременно с почти постоянными болями.

4. При ановуляторных циклических нарушениях, вызванных сальпингитом, предположение о ВМБ формулируется редко, поскольку клинические симптомы воспаления (в первую очередь боли) возникают до наступления менструальной задержки. В то время как трубной имплантации свойственна обратная закономерность. Механизм ановуляции на фоне сальпингита заключается в торможении созревания фолликула (из-за гиперемии и застоя в регионарном сосудистом русле), с последующим регрессом или персистенцией неовулировавшей фолликулярной полости. В последнем случае наиболее типична персистенция доминантного фолликула, но изредка наблюдается и кистозная атрезия.

Рассматривая (в очень сжатой форме) клинические проявления сальпингита (с овариальной дисфункцией или без нее), нельзя не отметить, что такой «классический» признак воспаления, как повышение температуры тела, встречается только у 25–30% больных, потому что в большинстве случаев имеет место подострая форма заболевания. Говоря о специфичности некоторых субъективных симптомов, полезно еще раз подчеркнуть, что для ВМБ, в отличие от ДМК на фоне сальпингита, характерен темный цвет мажущих выделений из половых путей.

Наиболее достоверная информация, свидетельствующая против эктопической имплантации (и беременности вообще) при сальпингите, протекающем с явлениями гормонального дисбаланса, получается при помощи дополнительных методов обследования. В частности, тестирования мочи и крови на ХГ с однозначно отрицательными результатами.

Эхографическое исследование в рассмотренных выше клинических ситуациях неизменно показывает (помимо, конечно же, отсутствия Пл/Я в полости М и за ее пределами) небольшой объем Э, толщина которого не превышает 6–7 мм. Этот факт сам по себе, даже без углубления в «структурно-контурные нюансы», противоречит возможности зачатия, которое обычно наступает при «высоте» Э свыше 8 мм.

При сочетании сальпингита с гиполитеинизмом (вялотекущая предменструальная метроррагия, необычный характер последней менструации) или с неполноценностью начального этапа созревания фолликула (постменструальные кровянистые выделения) УЗИ как правило выполняется, на фоне болей, в течение недели после окончания месячных. На эхограммах выявляется пролиферативный Э, в количественном отношении либо соответствующий циклическим расчетам (до 5–6 мм), либо меньше таковых (если наблюдается недостаточное созревание фолликула), либо в полости М лоцируется нефункционирующая слизистая линейного типа, 1–3 мм (если рост фолликула отсутствует). В тех же наблюдениях, когда воспаление придатков сопровождается гипопрогестеронемической персистенцией ЖТ, УЗИ проводится на фоне задержки месячных и

отражает, со стороны полости **М** и **Я**, те же закономерности, которые были описаны в соответствующей части предыдущего раздела. Из них главный дифференциально-диагностический показатель (исходя из альтернативной концепции об эконегативной форме ВМБ) — негравидарный характер **Э**, а точнее: небольшой объем слизистой **М**, четкий контур, зачастую с формированием «ободка отторжения» и, в меньшей степени, однородная структура.

Аналогичный принцип — превалирующее значение оценки **Э** — используется для распознавания ановуляторных дисфункций, сопутствующих воспалению, потому что с учетом вполне вероятной версии об УЗ-негативной форме трубной имплантации функциональная овариальная полость может оказаться не фолликулярным **О**, а кистой ЖТ-беременности. Однако при наиболее часто встречающейся на фоне сальпингита персистенции доминантного фолликула толщина **Э** редко превышает 7–8 мм, сохраняя типично пролиферативное (трехслойное) строение и четкий контур. В случае же кистозной атрезии неовулировавшего фолликула, протекающей с избыточным накоплением слизистой в полости **М** (свыше 10–12 мм), основные (и достоверные) моменты дифференциации касаются уже изложенных ранее характеристик контура (четкость отграничения, наличие зоны отторжения) и структуры.

Таким образом, количественный и качественный анализ **Э**, наряду с всегда отрицательным грави-тестом, позволяет уже на самом начальном этапе сканирования отвергнуть гравидарную концепцию исследования.

Что же касается обнаружения прямых эхопризнаков тубарного воспаления, то это удастся сделать не более чем у половины больных с сальпингитом (наиболее вероятным представляется показатель 30–40%) и только в тех наблюдениях, когда в трубе накапливается жидкое и полужидкое содержимое, что делает возможной визуализацию расширенного свыше 8–10 мм просвета **МТр**.

Продуктивный сальпингит — самая распространенная форма воспаления придатков, морфологически характеризующаяся диффузным уплотнением и утолщением стенок трубы за счет инфильтрации и отека. Нарушения проходимости **МТр** не происходит, поэтому поступающий в просвет экссудат не задерживается там, а вытекает через фимбриальное отверстие и частично всасывается ворсинками эндосальпингса. Отсутствие внутри яйцевода жидкости детерминирует очень низкую УЗ-выявляемость продуктивного сальпингита, так как в подавляющем большинстве случаев незначительно утолщенные стенки трубы, обладающие минимальными уровнями звукоотражения и звукопроводимости, не идентифицируются во время эхолокации. Проще говоря, воспаленная **МТр** неотличима от окружающих органов и тканей, сливается с ними и экранируется, в основном кишечными петлями. Лишь у единичных больных, с выраженной циркулярной инфильтрацией всех слоев трубы, удастся увидеть располагающееся параовариально (рядом с неизмененным **Я**) мягкотканное **О** дугообразной, цилиндрической или веретенообразной конфигурации, поперечный размер которого составляет от 8–10 до 22 мм. Контур ровные или волнистые. Эхоплотность низкая, структура несколько дисперсная или однородная. Локальная компрессия всегда болезненна.

Представить убедительные эхограммы, наглядно демонстрирующие утолщенную и инфильтрованную **МТр** при продуктивном сальпингите не представляется возможным (хотя автор располагает многими подобными наблюдениями) в силу слабой оптико-акустической «проработки» такого параовариально-мягкотканного **О**. В связи с этим, даже в случае достоверной визуализации его во время эхолокации, данный патологический очаг совершенно «не смотрится» на отдельных эхограммах, а также на покадровой серии УЗ-изображений. Доказательное отображение эхокартины продуктивного тубарного воспаления возможно только с помощью видеозаписи всего процесса сканирования.

Кстати, то же самое касается и значительного числа наблюдений эктопической беременности (особенно когда имеется небольшое параовариально-параметральное **О**), в которых хорошо или только удовлетворительно видимый при реальном исследовании объект «теряется» при попытках зафиксировать его на «снимках».

Итак, не менее чем в 90% случаев при продуктивном сальпингите **М**, **Э** и **Я** не изменены, а в окружающих их тканях дополнительных **О** (жидкостных, мягкотканно-жидкостных, мягкотканых), подозрительных на патологический процесс в **МТр** (воспаление или ВМБ?), не выявляется.

Параллельно у многих больных обнаруживаются косвенные признаки воспаления придатков: 1) почти всегда — болезненность локальной компрессии **Я** и параовариальных тканей; 2) реактивное расширение (гиперемия) параметральных вен (47–72%), нередко более выраженное на стороне сальпингита; 3) небольшое количество свободной однородной жидкости позади **М** (14–30%). Вместе, по отдельности и в разных комбинациях эти симптомы неспецифичны, так как наблюдаются и при ВМБ, а также при некоторых физиологических состояниях (гиперэстрогения, овуляция) и органической патологии (эндометриоз, спайки и пр.), которая, как продуктивный сальпингит и трубная беременность, часто недоступна УЗ-манифестации. Однако, будучи подкрепленными объективными клиническими показателями, свидетельствующими против эконегативного варианта ВМБ (отрицательный тест на ХГ, «негравидарный» характер **Э** и др.), они могут быть использованы в эходиагностике сальпингита в качестве второстепенных, сопутствующих признаков воспаления.

Гиперемия параметральных вен эхографически проявляется расширением и увеличением числа сосудов, т.е. — обогащением, усилением сосудистого «рисунка» или, иначе, избыточной васкуляризацией прилегающих к **М** областей. Причем в отличие от аналогичного состояния, вызванного беременностью или эндометритом (метроэндометритом), в случае воспаления придатков гиперваскуляризации миометрия не определяется. Чаше всего реактивная гиперемия отмечается с двух сторон, но сравнительная оценка степени выраженности сосудов (справа и слева) показывает, что примерно у половины больных с односторонним сальпингитом (болевы́е ощущения в правой или левой подвздошной области) сосудистые изменения развиты в большей степени на стороне локализации болей. У других больных наблюдается двухстороннее усиление венозного русла. Реже — одностороннее. В любом случае при сальпингите данное явление почти всегда сочетается с болезненностью контактного исследования придатков и имеет

диагностическое значение как косвенный признак воспалительного процесса только при наличии соответствующей клинической (субъективной и объективной) симптоматики.

Внимательное изучение строения сосудов в районе максимальной гиперваскуляризации позволяет в 24–30% подобных наблюдений обнаружить превалирующее сосудистое **О**. Это располагающийся в брыжейке **МТр** расширенный регионарный венозный коллектор, в который осуществляется отток крови из воспаленной трубы по более мелким, впадающим в него венам. На эхограммах общая тубарная вена выявляется в виде тубулярного жидкостного **О** неправильно изогнутой или извитой формы, локализующегося параовариально — чаще всего кзади и медиально от УЗ-изображения **Я**. Ширина просвета от 6 до 18 мм. По ходу этого относительно крупного сосуда прослеживаются множественные притоки меньшего диаметра. Специфично, что именно разветвленный («сосудистый») характер тубарного венозного коллектора позволяет отличить его от незначительного по объему гидросальпинкса.

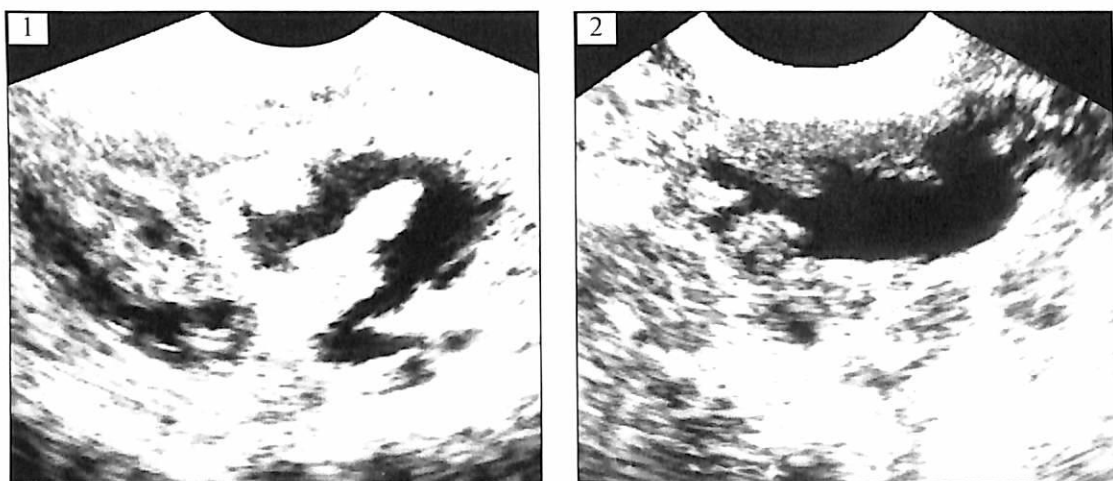


Рис. 33 (1, 2). Расширенный тубарный венозный коллектор при продуктивном (не видимом эхографически) сальпингите.

1. Медиальнее правого **Я** (не изменен) определяется S-образное жидкостное **О** (стенки очень тонкие, структура однородная) разветвленного типа — с множественными мелкими сосудистыми ветвями, впадающими в «магистральный» сосуд — как по его «ходу», так и, преимущественно, в области дистальных концов. Общая протяженность ≈ 70 мм, просвет от 6 до 11 мм.

2. В результате смещения ТВ-датчика кзади от верхнего полюса **Я** обнаружена расширенная до 16 мм общая тубарная вена, неправильной изогнутой конфигурации, с характерной ангиоархитектоникой.

Данный симптом, так же как и общее обогащение сосудистого русла параметральных областей, может рассматриваться в качестве косвенного признака продуктивного сальпингита (когда прямых УЗ-признаков воспаления нет) только в комбинации с болезненностью дозированной компрессии придатков **М** и обязательно в комплексе с клиническими сведениями, позволяющими думать о воспалительном процессе.

Неоднократное дублирование этого положения необходимо потому, что иногда одностороннее расширение и изогнуто-извитой характер венозных элементов встречаются без какой-либо конкретной причины (беременности, воспаления, гиперэстрогении, варикозной болезни, рубцовых изменений, эндометриоза) и могут быть замечены во время УЗИ, проводимого вне связи с указанными состояниями — чаще всего при профилактическом исследовании или, реже, плановом сканировании, выполняемом в порядке общего гинекологического обследования. В таких наблюдениях подобная УЗ-находка, несомненно, должна расцениваться как вариант нормы — индивидуальная и неопасная для женщины особенность строения вен м/таза. Причем «пометку» об этом непременно нужно сделать в УЗ-протоколе, если необычное строение сосудов уже зафиксировано в нем.

В противном случае пациентку зачастую ожидают довольно длительные, весьма дорогостоящие и абсолютно неоправданные лечебные мероприятия (оксигенотерапия, противовоспалительное лечение, гирудотерапия, физиопроцедуры и т. д.), поскольку обозначенный вариант строения тубарного венозного коллектора в большинстве наблюдений описывается как «варикоз овариальной вены».

Этот диагноз, как и само существование такого явления в качестве самостоятельной патологии (что пропагандируется во многих литературных источниках), представляется несколько фантастичным, так как с позиций патогенеза, морфологии и клиники крайне трудно вообразить возможность селективного тромбоза яичниковой вены. Это подтверждается и при изучении нормальной анатомии: располагающаяся внутри собственной связки **Я** овариальная вена является изолированным и прямым шунтом, осуществляющим локальный венозный отток из **Я** к **М**. Следовательно, варикозному изменению данного сосуда должны предшествовать соответствующая патология сосудов **М** и **ШМ**. Скорее всего, во всех случаях, когда фиксируется «варикоз овариальной вены», в действительности имеют место разные этиопатогенетические варианты расширения и удлинения общей тубарной вены, локализующейся параовариально или в проекции УЗ-сечения **Я**. Исходя из приведенных сведений и личного опыта контрольных исследований, выполняемых после первичной эхографической констатации — «овариальная вена расширена, варикозно изменена», можно утверждать, что: 1) если подобная картина определяется на фоне болевого синдрома, это — либо гиперемия тубарного венозного коллектора из-за острого или подострого сальпингита, либо следствие хронического нарушения регионарного кровотока, обусловленного спайками в области придатков **М** или рубцовыми изменениями перешейка и/или связочного аппарата **М**; 2) в случае бессимптомного течения — вариант нормы, реже — результат венозного застоя при варикозной болезни или нерезко выраженном посттравматическом рубцовом процессе.

«Варикоз овариальной вены» — пример диагностического «мифа», ставшего многократно повторяемым эхографическим стереотипом, аналогичным таким формально-бюрократическим формулировкам, как: «микролиты в почках», «жировой гепатоз», «повышенная эхогенность поджелудочной железы», «правосторонний нефроптоз», «поликистоз **Я**», «преждевременное старение плаценты» и др.

Наличие небольшого количества свободной жидкости в полости м/таза при продуктивном сальпингите обусловлено скоплением в позадиматочном пространстве вытекающего через открытое фимбриальное отверстие **МТр** воспалительно-

го экссудата; а также, в меньшей степени, гиперсекрецией (в ответ на тубарное воспаление) серозного экссудата париетальной брюшиной. Указанный симптом встречается сравнительно редко ($20 \pm 2\%$) и, преимущественно, в сочетании с другими косвенными признаками воспаления. Диагностическая ценность его невелика, а специфичность сомнительна, так как то же самое наблюдается при ВМБ, сразу после овуляции, и изредка сопутствует физиологической БРС. Больше того, в рассматриваемой ситуации, когда осуществляется дифференциация между продуктивным сальпингитом, протекающим с овариальной дисфункцией, и эконегативной формой трубной беременности, обнаружение свободной жидкости позади **М** нередко оказывает негативное воздействие на диагностический процесс, так как заставляет исследователя сомневаться в негравидарной версии диагноза и постоянно думать о возможности ограниченного экстраутробного кровоизлияния при трубном аборте. Вместе с тем, в отличие от геморрагического депо со свойственным ему дисперсным строением (сгустки крови), в случае продуктивного сальпингита структура воспалительного экссудата однородная. На это можно возразить, что при «свежем» кровотечении из **МТр**, если УЗИ производится в течение нескольких часов после кровоизлияния, структура ограниченного гематопельвика также бывает гомогенной.

Таким образом, косвенные признаки воспалительного процесса не могут быть использованы для дифференциальной диагностики с ВМБ в силу их неспецифичности. В то же время, если имеются достоверные данные, в совокупности позволяющие отвергнуть сам факт беременности (отрицательный тест на ХГ, негравидарный характер **Э**, отсутствие параовариального патологического **О**), то наличие реактивных изменений (чаще всего — гиперемия параметральных вен и болезненность контактного исследования), в комплексе с клиническими данными, может быть расценено как следствие продуктивного сальпингита... даже когда нет прямых УЗ-симптомов тубарного воспаления.

Гидросальпингс (экссудативный сальпингит) — развивается в результате скопления серозного экссудата в просвете **МТр** при нарушении оттока из нее.

В процессе экссудативного воспаления на поверхности густо расположенных в ампулярном отделе множественных складок и ворсинок эндосальпинкса оседают и накапливаются желатиноподобные массы, заполняющие межворсинчатые пространства и вызывающие сужение центрального тубарного «тоннеля» — возникает своеобразная «пробка» (морфологически довольно хрупкая), приводящая к стенозу просвета ампулы на том или ином уровне. Соответственно, выше «тампонированного» участка происходит накопление избыточных порций жидкости. Этот процесс может наблюдаться на любом уровне **МТр**, но чаще — в дистальной ее части, где адсорбирующийся на бахромках тонкий желатиноподобный налет приводит к слипанию их друг с другом, что вызывает стеноз или окклюзию фимбриального (абдоминального) отверстия трубы. По мере затухания воспалительного процесса хрупкие интратубарные агрегаты легко разрушаются, всасываются эндосальпингсом, растворяются в экссудате, «вымываются» из просвета **МТр**. Однако при повторных воспалениях они способствуют образованию спаек.

Гидросальпингс чаще всего встречается при подостром сальпингите, наблюдающемся в виде обострения хронического воспалительного процесса.

На эхограммах: параовариально (отдельно от **Я**, но обычно рядом с ним), часто вдоль боковой поверхности **М** или в пространстве между **Я** и **М**, выявляется тонкостенное жидкостное **О** неправильной вытянутой или изогнутой (иногда весьма причудливо) конфигурации. Содержимое однородное, в ряде случаев — местами мелкодисперсное за счет выпадающих в осадок фибриновых «хлопьев». Размеры варьируют в широких пределах, но всегда длина гидросальпинкса значительно преобладает над шириной просвета.

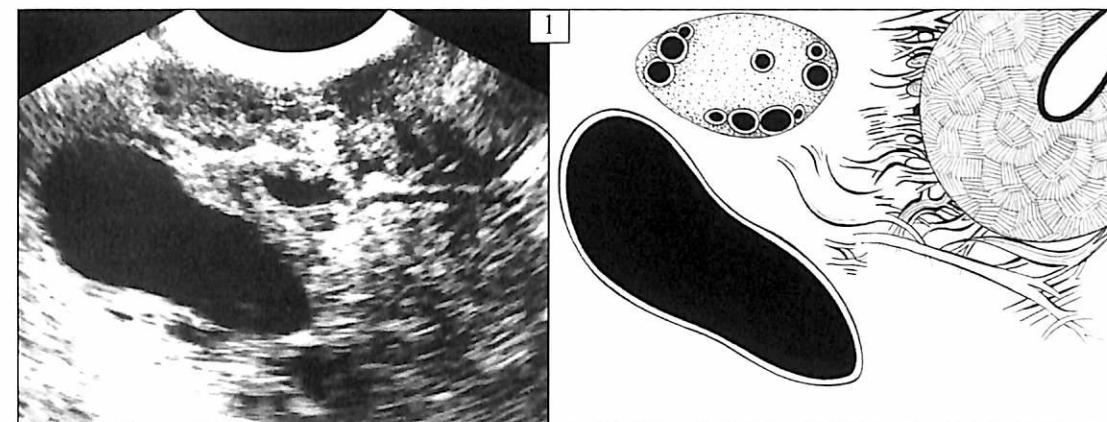
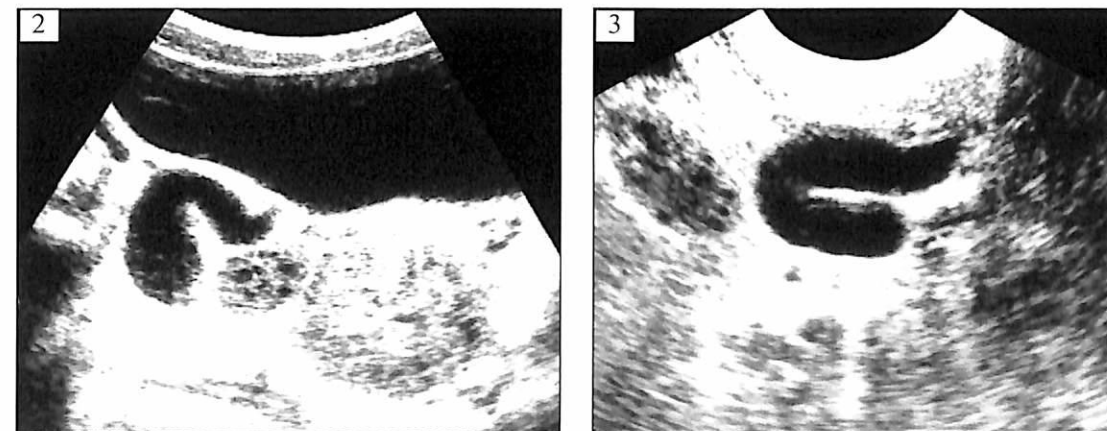


Рис. 34 (1, 2, 3). Разные модификации эхокартины однокамерного гидросальпинкса.

1. Ниже интактного правого **Я** имеется содержащая однородную жидкость тонкостенная полость, 57×22 мм, вытянутой формы. Вдоль боковой поверхности **М** определяется усиленный сосудистый рисунок (гиперемия вен), а в пространстве между **Я**, **М** и патологической полостью — часть УЗ-сечения расширенного регионального венозного коллектора.



2. В области латерально-верхней поверхности правого **Я** — параовариальное жидкостное **О** S-образной конфигурации, значительной протяженности (свыше 70 мм), ширина просвета от 8 до 20 мм. В нижней части полости структура жидкости неоднородная за счет отдельных мелких тяжелей, находящихся во взвешенном состоянии (фимбриозные пленки).

3. В пространстве между **Я** и **М** лоцируется параовариальная полость ретортообразной формы, 52×12 мм. Данное **О**, в отличие от расширенной общей тубарной вены, имеет абсолютно замкнутый контур (нет сосудистых притоков) — гидросальпингс.

У 45–63% больных отмечается многокамерность параовариальной патологической полости, обусловленная пери- и интратубарными спайками, которые могут образовываться в течение настоящего эпизода сальпингита, но обычно развиваются в результате предшествующих данному исследованию воспалительных процессов. Именно спайки являются основной причиной стеноза и окклюзии МТр, способствующих развитию гидросальпингса, который может определяться при УЗИ и вне обострения воспаления придатков. Многокамерный характер (за счет тонких «перетяжек» просвета) гидросальпингса, как правило, встречается у женщин с хроническим сальпингитом.

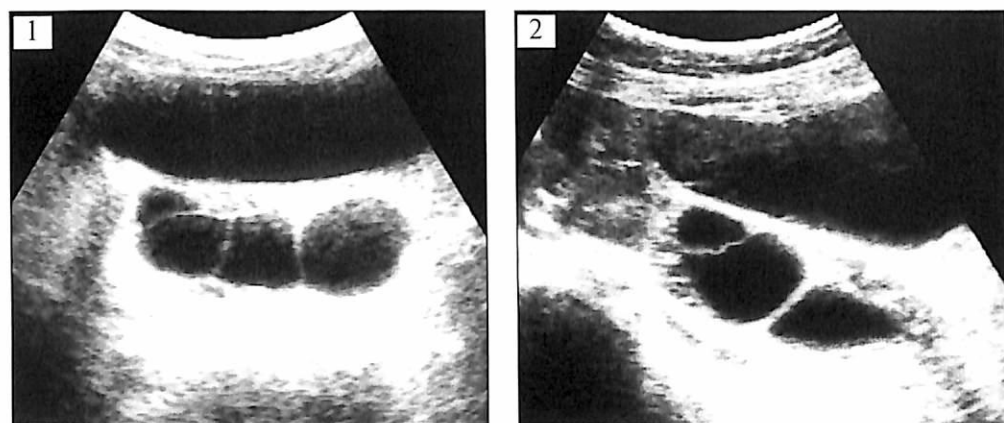


Рис. 35. Два примера многокамерного гидросальпингса.

На обоих рисунках (разные больные) представлены изолированные эхограммы (без УЗ-изображения М и Я) параовариальных жидкостных О неправильной вытянутой формы, многокамерное строение которых обусловлено тонкими множественными, последовательно расположенными внутренними перегородками (типа перетяжек): 1 — три перетяжки, четыре камеры; 2 — две перегородки, три камеры. Структура жидкости однородная во всех камерах.

Содержимое разных камер одного и того же многополостного гидросальпингса нередко бывает различным, одновременно — однородным и мелкодисперсным в соседних камерах.

К., 26 лет. Последняя менструация началась несколько раньше ожидаемого срока и была необычно скудной и длительной. На фоне продолжающихся мажущих кровянистых выделений (но не темных) появились умеренные боли внизу живота, слева. Осмотр гинеколога: «исследование левых придатков болезненно, здесь же неотчетливо пальпируется патологическое О (МТр?)». Несмотря на отсутствие косвенных признаков беременности (слизистые нормальной окраски, М без особенностей), заподозрена левосторонняя трубная беременность; назначения — тест на ХГ (результат ⊖), УЗИ.

М имеет обычный вид. Полость ее расширена до 9 мм, в центре определяется однородный Э линейного типа, 3–4 мм. Свободной жидкости в углублениях м/таза нет. Я не изменены.

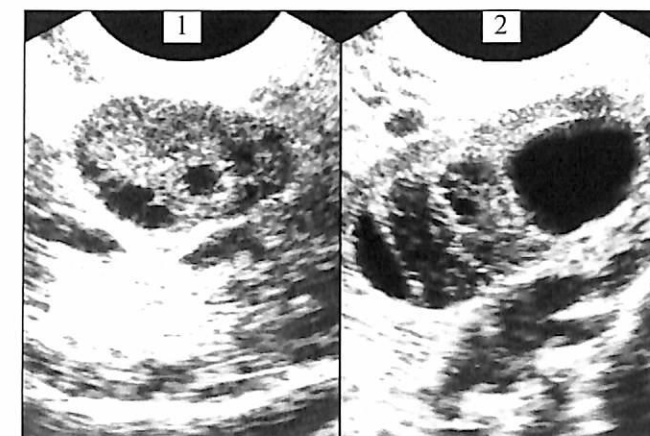
Рис. 36 (1, 2). Многокамерный гидросальпингс с дисперсным содержимым в центрально расположенных полостях.

1. Левый Я не увеличен, нормальной мелкофолликулярной эхоструктуры.

2. Кзади и несколько выше левого Я обнаружено параовариальное 4-камерное жидкостное О вытянутой формы, 40 × 18 мм, с последовательным расположением составляющих его полостей (друг за другом, в виде цепочки). Стенки и внутренние перегородки тонкие. В просвете патологических включений эмбрионального или опухолевого характера нет. Структура жидкого содержимого: в дистальных камерах — однородная, в двух центральных — дисперсная. Локальная компрессия патологического очага ТВ-датчиком вызывает нерезко выраженные боли.

Отрицательный тест на ХГ и явно негравидарный тип Э позволяли исключить возможность зачатия и, соответственно, отвергнуть предположение о трубной беременности. Клиническое представление о больной: обострение хронического сальпингита, протекающее на фоне функционального циклического расстройства.

Заключение: УЗ-данных за ВМБ не получено. Многокамерный гидросальпингс, слева.



Необходимо отметить, что наличие гидросальпингса отнюдь не всегда служит проявлением острого или подострого воспалительного процесса. В ряде случаев данное О присутствует в полости м/таза бессимптомно. Это бывает, когда в просвете окклюзированной МТр постепенно накапливается секретиремая эндосальпингсом жидкость (что со временем приводит к формированию параовариальной полости), но собственно воспалительных изменений не наблюдается. Обычно подобные эхографические «находки» встречаются у женщин старшей возрастной группы. В таких наблюдениях УЗ-манифестация гидросальпингса происходит случайно — при профилактическом исследовании или УЗИ по поводу нарушения менструальной функции. В последнем варианте может возникнуть прецедент для предположения о трубной беременности.

Рис. 37 (1, 2). Гидросальпингс (бессимптомное течение), обнаруженный при УЗИ в связи с задержкой месячных, обусловленной ановуляцией с формированием фолликулярной кисты.

1. Продольный эхосрез М (Э — пролиферативный, 8 мм) и ШМ.

Правый Я (содержит функциональную кисту, 30 × 20 мм) локализуется в позадиматочном пространстве — припаян к задней поверхности М на уровне перешейка.





2. В правой параметральной области имеется паравариальная 3-камерная полость с однородным содержимым, 47 × 25 мм.

Общими чертами, характерными для всех типов экссудативного сальпингита, являются вытянутая форма, когда продольный размер резко превышает ширину просвета, и очень тонкие стенки, иногда даже невидимые во время сканирования. Вместе с тем, в некоторых наблюдениях воспалительный процесс протекает со значительными инфильтрацией и отеком всех слоев **МТр**, что

приводит к существенному циркулярному утолщению стенок. Иногда это позволяет увидеть их при эхолокации (наряду с содержащейся в просвете жидкостью) в виде паравариального мягкотканно-жидкостного **О** тубулярного (тубарного) типа с неравномерно или равномерно утолщенными стенками (до 12 мм), муфтообразно ограничивающими однородную (или с единичными тяжевыми включениями) жидкость. Так выглядит *продуктивно-экссудативный сальпингит*.

Ш., 21 год. Последние месячные «пришли» своевременно, но были более обильными и короткими, чем всегда. Кроме того, в отличие от обычной менструации, они протекали с довольно сильными болями, которые по окончании кровотечения не прекратились и продолжают беспокоить пациентку до настоящего времени. Ш. отмечает ухудшение общего самочувствия, что наряду с нетипичным характером последней менструации послужило причиной проведения тестирования мочи на ХГ — ответ $\ominus$. Консультация гинеколога: «...справа от **М** определяется утолщенная и резко болезненная труба...»; предварительное заключение — «grav. extrauterinae, справа(?) или сальпингит». Для уточнения рекомендовано УЗИ и ХГ-реакция сыворотки крови (результат $\ominus$).

М не увеличена, миометрий обычного строения. **Э** (9 день цикла), 5 мм пролиферативный (трехслойный). В правом **Я** виден зреющий фолликул, 11 мм в $\varnothing$. Левый **Я** без особенностей. Свободной жидкости в полости м/таза нет.



Рис. 38. Продуктивно-экссудативный сальпингит.

В результате смещения ТВ-датчика кзади и медиально от правого **Я** обнаружена полость неправильной вытянутой формы, с циркулярно утолщенными до 8–9 мм стенками: общие размеры **О** 43 × 22 мм, величина полости 35 × 10 мм; внешние и внутренние контуры волнистые (конгруэнтны), содержимое однородное. Тракции патологического объекта ТВ-датчиком резко болезненны.

В данном случае против гравидарной версии диагноза свидетельствовали: 1) отрицательные результаты тестирования мочи и крови на ХГ;

2) типично пролиферативный характер и небольшой объем **Э**; 3) соответствие функциональных показателей **Э** и **Я** средней стадии I фазы нового менструального цикла (время выполнения УЗИ); 4) отсутствие Пл/Я и/или сгустков крови в просвете выявленного за пределами **М** и **Я** мягкотканно-жидкостного **О**. Совокупность указанных фактов, а также явно тубулярная конфигурация паравариального объекта, наличие диффузно утолщенных (инфильтрированных) на значительном протяжении стенок, ограничивающих однородную жидкость (экссудат), и выраженная болезненность контактного исследования позволяли высказаться о тубарном воспалении — продуктивно-экссудативном сальпингите.

Клинико-эхографический мониторинг на фоне противовоспалительного лечения показал положительную динамику субъективной симптоматики и постепенный регресс (вплоть до полного исчезновения) патологического очага.

Экссудативно-геморрагический сальпингит представляет собой один из вариантов гидросальпингса, в просвет которого произошло кровоизлияние из одного или нескольких эрозированных сосудов воспаленной слизистой оболочки трубы. При сальпингите интратубарное кровотечение никогда не бывает обильным или продолжительным, поэтому развития гематосальпингса не наблюдается. Количественно в просвете тубарной полости преобладает серозная жидкость, содержащая примесь крови — в виде сгустков, в основном оседающих на внутренних стенках и, в меньшей степени, скапливающихся (не всегда) в нижних отделах гидросальпингса или находящихся во взвешенном состоянии.

Эхокартина примерно такая же, как и при «чисто» экссудативном сальпингите, но вдоль стенок определяются множественные мелкотяжевые эхопозитивные включения (сгустки крови), диффузно покрывающие внутреннюю поверхность паравариальной полости (на всем протяжении или частично), центральные отделы которой заняты превалирующим объемом относительно однородной жидкости. Создается впечатление о незначительном утолщении стенок, но, в отличие от продуктивного сальпингита, не за счет отека и инфильтрации слизистой и мышечной оболочек **МТр**, а вследствие пристеночного оседания сгустков крови. В связи с этим внутренний контур стенок тяжистый. Значительно меньшая часть геморрагических элементов может находиться во взвешенном состоянии, преимущественно в каудальном конце жидкостного **О**. Еще одна деталь: замечено, что для экссудативно-геморрагического сальпингита многокамерность тубарной полости не характерна.

Рис. 39. Экссудативно-геморрагический сальпингит (несколько разные ракурсы ТВ-УЗИ).

Между правым **Я** (в верхне-левой части одной из эхограмм) и **М** (находится за пределами этих эхосрезов) выявляется тонкостенная полость ладьевидной формы, 58 × 24 мм. Особенности содержимого: 1) пристеночно прослеживаются множественные мелкотяжевые элементы, сгруппированные вдоль всего просвета; 2) в центральных отделах — преобладающее количество однородной жидкости; 3) в нижней части — отдельные тяжевые включения находятся во взвешенном состоянии.





УЗ-дифференциация между экссудативно-геморрагическим сальпингитом и гравидарно-геморрагическим тубарным **О** при ВМБ в ряде случаев бывает весьма затруднительной и требует проведения клинико-эхографических и биохимических сопоставлений. В то же время имеются определенные особенности эхокартины. В частности, по сравнению с околозародышевой гематомой I стадии и гематосальпингсом (развившимся в процессе трубного аборта), в просвете воспалительной полости, во-первых, нет УЗ-изображения эктопического Пл/Я, во-вторых, в структуре содержимого преобладает однородная жидкость, а сгустки крови в основном располагаются пристеночно. В случае же организованной тубарной гематомы без Пл/Я (один из самых частых вариантов нарушенной трубной беременности) содержащиеся в ней геморрагические элементы заполняют весь объем гравидарно-тубарной полости, располагаются в ней компактно и нередко отличаются полиморфизмом.

О., 32 года. За несколько дней до начала очередной менструации почувствовала тянущие боли внизу живота, больше слева. В ожидаемое время месячные «не пришли». На фоне задержки продолжали беспокоить умеренно выраженные болевые ощущения. При обращении на УЗИ (до консультации гинеколога) задержка месячных 8 дней. Детали трансабдоминального эхосканирования: **М** без особенностей; **Э** — 4–5 мм, однородный, с четкими контурами; **Я** не изменены; слева от **М** обнаружено параовариальное жидкостное **О**; свободной жидкости нет.

Получен комплекс данных, позволяющих предположить нарушенную трубную беременность, — задержка месячных, боли слева, наличие параовариальной полости в левой половине м/таза. Впрочем, против ВМБ свидетельствовал небольшой объем **Э** (а также абсолютно четкий его контур, что невозможно при эктопической имплантации, протекающей без каких-либо кровянистых выделений).

Пациентке предложено сделать тестирование мочи на ХГ и, с ответом теста (результат $\ominus$) и после опорожнения МП, продолжить УЗИ в ТВ-исполнении.

Получен комплекс данных, позволяющих предположить нарушенную трубную беременность, — задержка месячных, боли слева, наличие параовариальной полости в левой половине м/таза. Впрочем, против ВМБ свидетельствовал небольшой объем **Э** (а также абсолютно четкий его контур, что невозможно при эктопической имплантации, протекающей без каких-либо кровянистых выделений).



Пациентке предложено сделать тестирование мочи на ХГ и, с ответом теста (результат $\ominus$) и после опорожнения МП, продолжить УЗИ в ТВ-исполнении.

Рис. 40. Экссудативно-геморрагический сальпингит.

Над левым **Я** определяется патологическая полость (припаяна к верхней поверхности **Я**) неправильной изогнутой конфигурации, 60 × 20 мм: стенки тонкие, в просвете — однородная жидкость и, в меньшей степени, мелкие тяжевые включения, располагающиеся пристеночно. Контактное исследование болезненно.

Заключение: данных за ВМБ не получено. Гидросальпингс (слева) серозно-геморрагического характера, на фоне спаек (с явлениями овариальной дисфункции, скорее всего, с учетом состояния **Э** — по типу персистенции гипофункционального ЖТ).

Гнойное воспаление придатков **М**.

В настоящее время встречается редко. Удельный вес этой патологии в структуре гинекологических заболеваний, с которыми сталкивается врач-УЗИ амбулаторной службы, не превышает (а если и превышает, то ненамного) частоту эктопической беременности. Эхографически встречается в виде следующих вариантов.

Тубарный абсцесс. Параовариальное жидкостное **О**, локализующееся в одной из параметральных областей; округлой или овальной формы, от 28 до 50 мм в $\varnothing$ (и больше). Стенки плотные, неравномерно утолщенные, от 4–5 до 12 мм, содержимое неоднородное за счет множественных полиморфных включений (линейных, точечных, глыбчатых), как правило скапливающихся в нижнем отделе полости — с формированием относительно отчетливо выраженного горизонтального уровня на границе с более однородной жидкой средой, в которой «взвешены» точечно-тяжевые эхопозитивные элементы.

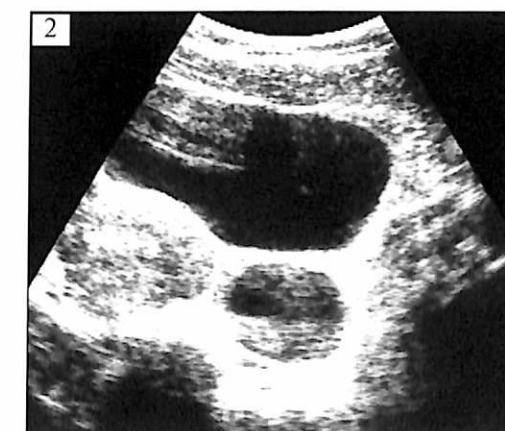
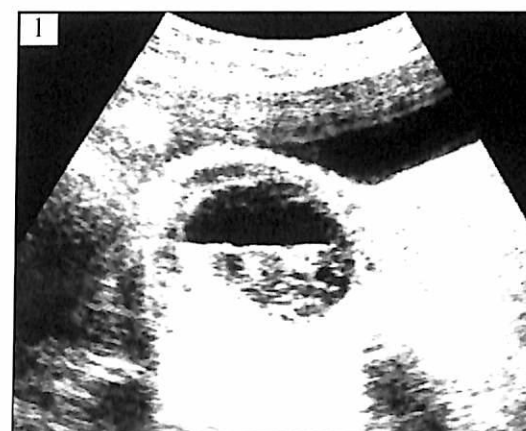
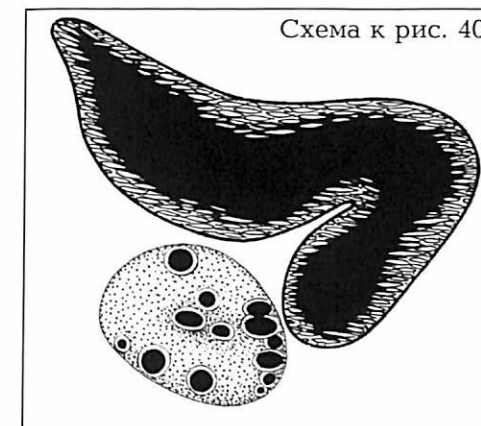


Рис. 41. Тубарный абсцесс (1 и 2 — разные наблюдения, пояснения в тексте).

В небольшом тубарном абсцессе разделения на компактную (нижнюю) и разреженную (верхнюю) части обычно не наблюдается. Внутреннее строение такой полости представлено хаотично расположенными полиморфными эхопозитивными включениями. Подобное параовариальное **О** имеет определенное сходство с поперечным или косым эхосрезами организованной тубарной гематомы (без Пл/Я) при ВМБ. Однако последняя, в отличие от абсцесса, характеризуется зна-

чительной протяженностью патологического очага, с подавляющим преобладанием продольного размера над поперечным. В остальном дифференциально-диагностический алгоритм известен. Впрочем, небольшие абсцессы встречаются редко. В большинстве случаев величина полости превышает 30–35 мм, а клинические и эхографические проявления гнойного воспаления почти всегда бывают довольно убедительными, поэтому верификация данной патологии, как правило, протекает без особых сложностей.

В., 29 лет. Жалобы на довольно сильные боли в правой подвздошной области, а также плохое самочувствие и повышение t^0 . Была на приеме у хирурга, который исключил аппендицит и рекомендовал обследование в ЖК. Гинекологический осмотр: справа от **М** пальпировалось резко болезненное **О**, расцененное как остро протекающее обострение хронического аднексита, но «на всякий случай» предложено сделать тест на ХГ («чтобы на 100% исключить ВМБ») и пройти УЗИ. Реакция мочи на беременность ⊖.



Рис. 42. Тубарный абсцесс.

В правой параметральной области имеется параовариальная патологическая полость правильной округлой формы: 42 мм в $\emptyset$, стенки местами утолщены до 6 мм; в нижней трети просвета лоцируются компактно расположенные полиморфные включения — с горизонтальным уровнем на границе с более «прозрачной» жидкостью, содержащей мелкодисперсную взвесь.

С диагнозом «тубарный абсцесс, справа» В. госпитализирована.

Лапароскопия. Правая **МТр** в плотных спайках, брыжейка ее гиперемирована; абдоминальное отверстие запаяно, фимбрии

сглажены. Дистальный отдел трубы булавообразно расширен до 50 мм. После сальпингооовариолизиса выполнена тубэктомия; при вскрытии мешотчато-измененного отдела эвакуировано гнойное содержимое.

Пиосальпингс. Крупная патологическая полость, лоцируемая отдельно от **Я**, со свойственной почти всем тубарным **О** (кроме абсцесса) неправильной вытянутой и изогнутой конфигурацией. Часто многокамерная. Стенки плотные, неравномерно утолщенные (от 3 до 12–15 мм) на большом протяжении. Просвет заполнен разнокалиберными эхопозитивными (фибринозно-гнойными) элементами.

Н., 35 лет. В анамнезе частые воспалительные заболевания придатков **М**. В течение последних 4 лет беременности не наступало (не предохраняется). Периодически беспокоят тянущие боли внизу живота, обычно возникающие при переохлаждении и интенсивных физических нагрузках. Месячные регулярные, болезненные.

Задержка очередной менструации 2 недели. Выполнены три гравитеста: 1-й ⊖, 2-й ⊕, 3-й неинформативен. В течение этого времени беспокоят почти постоянные умеренные боли внизу живота, больше справа. Отмечает слабость, потливость, эпизоды повышения t^0 .

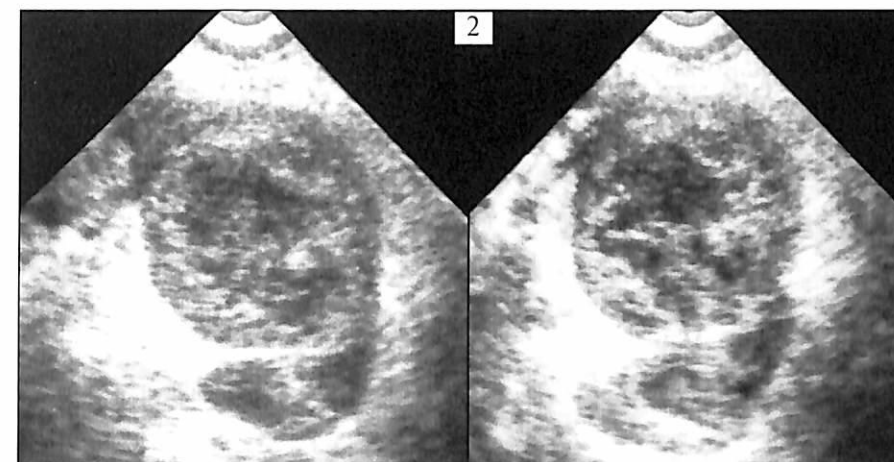
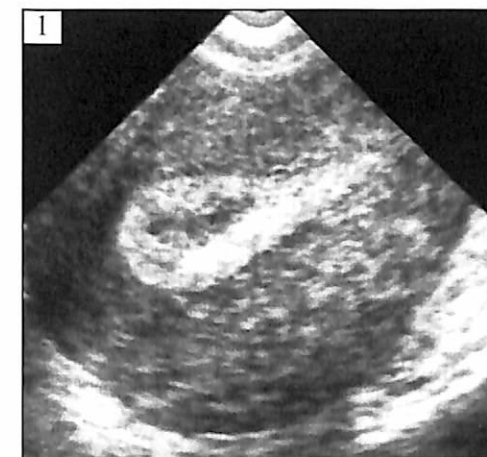
Гинекологический осмотр: **М** не увеличена, подвижность ее ограничена из-за спаек; справа от **М** имеется плохо смещаемое болезненное **О**. С диагнозом «Обострение хронического аднексита с формированием тубоовариального **О**. НМЦ. Необходимо исключить нарушенную трубную беременность» Н. направлена на УЗИ.

Рис. 43. Пиосальпингс.

1. В полости **М** Пл/Я нет. Э — 14 мм, с четким и ровным контуром, структура неоднородная за счет зоны «разрежения» в центре (децидуальный тип слизистой?).

2. В правой половине м/таза определяется трехкамерное параовариальное **О** вытянутой (сверху вниз) и несколько изогнутой формы, 68 × 32 мм. Капсула верхней камеры (самой крупной) диффузно утолщена до 12 мм, в нижних отделах толщина стенок от 3 до 6 мм. Содержимое всех трех полостей представлено множественными аморфными включениями (Пл/Я нет), полностью выполняющими просвет. Тракции ТВ-датчиком болезненны.

Я без особенностей. Свободной жидкости нет.



Эхокартина патологического очага имеет сходство с организованной тубарной гематомой при ВМБ (без Пл/Я). Но, в отличие от таковой, в данном случае отмечалось довольно значительное диффузное утолщение стенок, аморфность внутренних элементов и многокамерность просвета — УЗ-симптомы, характерные для гнойного сальпингита и не свойственные гравидарной гематоме (тонкие стенки, более упорядоченное строение, без перегородок). В то же время избыточный объем Э и его явно децидуальное строение, в сочетании с неоднозначными результатами гравитестов (то ⊕, то ⊖), и задержка месячных не позволяли полностью исключить ВМБ. Однако против гравидарного «происхождения» содержимого **М** свидетельствовало наличие совершенно четкого контура Э, чего не бывает при эктопической беременности, протекающей без кровянистых выделений. Кроме того, в пользу воспалительного процесса «говорили» соответствующие жалобы и анамнез; а менструальную задержку можно было объяснить овариальной дисфункцией, развившейся на фоне обострения воспаления, — гиперпрогестеронемическим вариантом персистенции ЖТ, при котором наблюдаются большой объем и децидуализация Э, а также может быть положительной реакция на ХГ.

Заключение: скорее всего — пиосальпингс, справа, в сочетании с секреторной гиперплазией Э (персистенция ЖТ). Рекомендовано УЗИ в динамике, тестирование крови на ХГ, лапароскопия(?).

При обследовании в стационаре получены те же объективные и эхографические данные, свидетельствующие, наряду с «воспалительной» формулой крови, о гнойном сальпингите. Вместе с тем, некоторые сомнения в плане трубного аборта вызывала слабоположительная ХГ-реакция сыворотки крови.

Лапароскопия — гнойный сальпингит (пиосальпингс справа) на фоне обширного спаечного процесса. Выписка из протокола гистологического исследования: в МТр элементов хориона нет... Э в фазе поздней секреции, с децидуальной реакцией.

При гидросальпингсах (любого типа) свободная жидкость в углублениях м/таза обнаруживается редко (реже, чем при продуктивном сальпингите), поскольку экстратубарному распространению жидкого или полужидкого содержимого расширенной МТр препятствует окклюзия ее просвета. Только в 7–15% наблюдений позади М выявляется незначительное количество серозного экссудата, что обусловлено гиперсекрецией жидкости брюшиной.

Абсцесс яичника развивается в качестве осложнения острого или вялотекущего экссудативно-гнойного сальпингита, когда изливающееся через абдоминальное отверстие МТр гнойное отделяемое попадает на поверхность Я и, проникнув в просвет одного из зреющих фолликулов (вследствие расплавления тонкой фолликулярной капсулы или во время овуляции), вызывает там ограниченное гнойное воспаление.

На эхограммах определяется исходящее из Я отчетливо инкапсулированное О, правильной овальной или округлой формы, располагающееся как в ткани Я (частично погружено в него), так и выходящее за пределы овариального края. При этом свободная от патологической полости часть Я остается интактной, сохраняя типичное мелкофолликулярное строение. На границе между стенкой абсцесса и неизменной тканью Я обычно прослеживается пограничная дугообразная (повторяет конфигурацию контура О) зона пониженной эхоплотности (7–8 мм) — область перифокального воспалительного отека. Размеры относительно небольшие, как правило, не превышают 35 мм. Стенки равномерно или неравномерно утолщены до 6–7 мм. Содержимое неоднородное за счет хаотических эхопозитивных включений (фибрин, детрит), чередующихся с участками более однородной жидкости, или же они заполняют весь просвет.

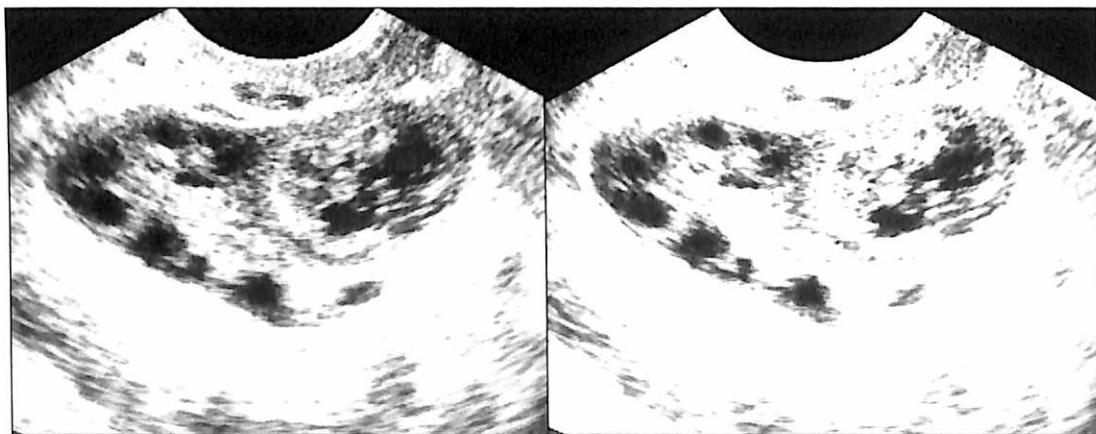


Рис. 44. Абсцесс Я (пояснения в тексте).

Пиоовар, в отличие от абсцесса со специфическими для него полостным строением, полужидким содержимым, наличием значительного объема неизменной овариальной ткани, характеризуется полным или субтотальным расплавлением и имбибированием Я гноем. Встречается очень редко. При эхолокации пораженный Я значительно увеличен в размерах; представлен четко очерченным мягкотканым О правильной овальной формы, эхоплотность которого ниже интенсивности мозгового вещества Я. Структура однородная, или, так сказать, микродисперсная — компактное скопление очень мелких и тонких тяжелых частиц, равномерно выполняющих весь патологический очаг. Контур ровные. Компрессия резко болезненная. У некоторых больных в периферических отделах О удается увидеть «остатки» ткани Я в виде единичных антральных фолликулов.

Ж., 24 лет. Шесть месяцев после родов. Кормит грудью, лактационная аменорея. Контрацепция ненадежная. Вплоть до последнего времени жалоб не предъявляла; но за 2–3 дня до обращения в ЖК отмечает ухудшение общего самочувствия, повышение температуры, нерезко выраженные постоянные боли в области м/таза. Одновременно с этим появились прерывистые мажущие кровянистые выделения. По совету матери и знакомых (высказавших опасение о возможности ВМБ) сделала два грави-теста (оба результата отрицательные) и обратилась к гинекологу. При осмотре обнаружено «резко болезненное тубоовариальное О, слева». Для уточнения направлена на УЗИ.

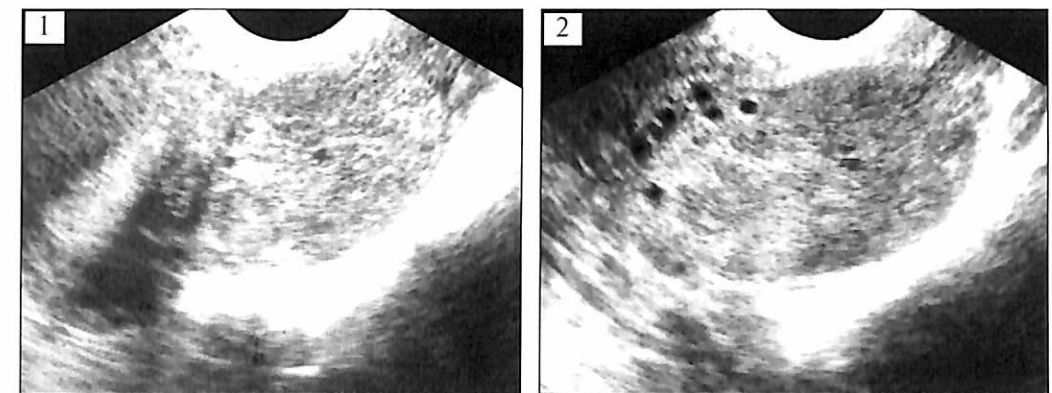


Рис. 45 (1, 2). Пиоовар. Субтотальное гнойное поражение Я.

1. М в retroflexio, не увеличена, миометрий не изменен. Э: 9–10 мм, однородный, с четким контуром и эхонегативной зоной отторжения по периферии; Пл/Я нет. Правый Я не изменен. Слева от М (и кзади) определяется патологическое мягкотканое О.

2. Прицельная эхограмма левого Я: 64 × 40 мм, овоидной формы, контур четкий и ровный; более чем на 90% состоит из почти однородной ткани пониженной эхоплотности (но не жидкость), а вдоль медиальной части патологического участка прослеживается серповидная зона с множественными мелкими фолликулами (интактная часть Я). На границе с неизменной овариальной тканью контур О нечеткий. Локальная компрессия резко болезненна.

Заключение: воспалительный процесс в левом Я с расплавлением почти всей его ткани, скорее всего — пиоовар.

Лапароскопия. Подтверждение диагноза.

Эндометриоз

Эндометриоз Я в сочетании с циклическим нарушением может вызывать клиническую симптоматику (в основном субъективную), схожую с проявлениями эктопической имплантации. Например: боли на фоне задержки месячных или — те же симптомы, плюс мажущие кровянистые выделения из половых путей (обусловленные эндометриозом). Подозрения на ВМБ могут усугубляться тем, что после гинекологического осмотра данные явления почти всегда дополняются таким признаком, как болезненность пальпаторного исследования придатков, а если параллельно с эндометриозом Я имеется аденомиоз, то и — увеличением размеров М.

Эндометриоидное поражение Я подразделяется на очаговую (наружный эндометриоз) и кистозную (солитарная эндометриоидная киста или несколько мелких кист) формы.

Наружный эндометриоз Я морфологически проявляется наличием одной или нескольких эндометриоидных гетеротопий на поверхности Я или в области яичникового углубления широкой маточной связки («овариальной ямки»).

УЗ-симптоматика заключается в визуализации в проекции Я эхопозитивного очага, локализуемого либо непосредственно на овариальной поверхности, либо на стенке м/таза рядом с Я. Эхографически наиболее характерна одиночная форма поражения — вдоль наружной границы Я определяется небольшое (3–12 мм) однородное включение высокой эхоплотности. Форма его округлая, овальная или глыбчатая; контуры четкие, ровные или местами тяжистые (из-за перифокальных спаек).

Среди женщин репродуктивного периода жизни у пациенток с эндометриозом отмечается несколько повышенная частота ановуляторных менструальных циклов. При этом, если один из многих эпизодов ановуляции протекает с задержкой месячных, возникает необходимость в дифференциации с БРС. Если же персистенция неовулировавшего фолликула или кистозная его атрезия происходят в эндометриоидно измененном Я, то на фоне задержки всегда появляются боли (иногда в сочетании с вялотекущей метроррагией) в области «эндометриоидно-персистирующего» Я, которые вызваны активацией эндометриоза вследствие региональной гиперэстрогении.



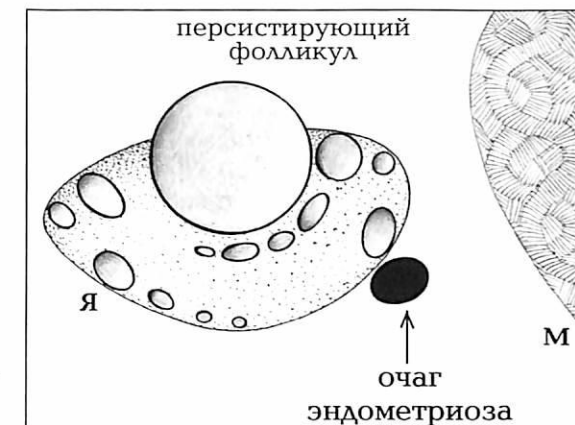
Ф., 31 год. В течение нескольких лет отмечает альгоменорею (боли локализуются больше справа) и болевые ощущения в правой половине м/таза, обычно появляющиеся в середине межменструального периода. В связи с этим неоднократно (и безуспешно) лечилась от «обострения хронического правостороннего аднексита». При настоящем обращении предъявляет жалобы на задержку месячных (9 дней) и постоянные ноющие боли внизу живота, справа. Направлена на УЗИ с подозрением на ВМБ.

М без особенностей. Э 6–7 мм, типично пролиферативного строения. Левый Я

не изменен. Свободной жидкости и патологических полостных О нет.

Рис. 46. Наружный эндометриоз Я на фоне персистенции (в том же Я неовулировавшего доминантного фолликула).

Правый Я: 34 × 24 мм, содержит множественные антральные фолликулы и фолликулярную полость, 15 мм в Ø. В области нижне-медиального края Я имеется поверхностный эхопозитивный очаг высокой плотности (с акустической тенью позади него), 5 × 3 мм. Тракции этого узелка ТВ-датчиком вызывали умеренно выраженные «простреливающие» боли.



Относительно небольшой объем Э в сочетании с отсутствием каких-либо УЗ-признаков физиологической и эктопической nidации позволяли отвергнуть предположение о беременности (любого типа). Вместе с тем, наличие в М умеренно выраженного Э (по своим УЗ-качествам соответствующего I фазе цикла), а в Я — функциональной полости вполне логично объясняло факт менструальной задержки ановуляторной дисфункцией по типу персистенции доминантного фолликула. С другой стороны, визуализация на поверхности того же Я плотного и болезненного узелка позволяла высказать о наружном эндометриозе Я как причине болевого синдрома (что дополнительно подтверждалось анамнестически).

Сравнительный анализ результатов лапароскопии и УЗИ показывает, что далеко не все эндометриоидные гетеротопии на Я (или рядом с ним) видны во время эхолокации. Установлено, что при отсутствии достаточно выраженных фиброзных изменений, как в ткани самого объекта, так и вокруг него, визуализация очага поражения невозможна. Как свидетельствуют операционно-эхографические сопоставления, залогом достоверной (демонстративной и доказательной) УЗ-выявляемости наружного эндометриоза Я является обусловленная фиброзно-спаечным процессом высокая эхоплотность патологического включения, что и делает его видимым (когда величина узелка превышает 3 мм) при сканировании.

По этому вопросу автор просто вынужден вступить в дискуссию со многими отечественными и зарубежными коллегами, утверждающими, что в основе эходиагностики наружного эндометриоза (любой локализации) лежит визуализация ограниченного эхонегативного О или очага пониженной плотности. Исходя из теоретических и морфогенетических предпосылок это представляется вполне логичным, потому что первичным элементом эндометриоидной гетеротопии является полость (макро- или микроскопическая), выстланная эндометриальным эпителием, который подвержен циклическим превращениям. В связи с этим, просвет полости заполняется кровью, а за ее пределами наблюдается перифокальная лимфо-плазматическая реакция. Отсюда делается вывод — жидкость в просвете небольшой эндометриоидной камеры и зона перифокального отека обеспечивают низкую эхоплотность УЗ-изображения наружного эндометриоза. Следовательно, на эхограммах должен обнаруживаться локальный очаг пониженной интенсивности или эхонегативное (жидкостное) О. Вот в таком примерно виде эхосимптоматика данной патологии предлагается для практического использования. Однако заметить и идентифицировать такой низкоплотностный очаг (или группу очагов), отражающий эхокартину несформированного (нефиброзированного, «свежего») локального эндометриоидного поражения, очень трудно, а

правильнее — практически невозможно. Дело в том, что в процессе эхосканирования подобные изменения неотличимы от мелких фолликулов и УЗ-сечений сосудов. Они «теряются» на фоне естественных акустических артефактов и полностью перекрываются кишечником. Именно поэтому — в силу неадекватности освещения эхоэмиотики и значительных трудностей, всегда имеющих место при верификации мелких объектов, — УЗ-распознавание наружного эндометриоза не производится... совсем. Данный диагноз «выпадает» из нозологического перечня выявляемой эхографически гинекологической патологии. И это закономерно, так как невозможно увидеть то, что в принципе не подлежит визуализации. Впрочем, подобные аномалии неизбежны, когда теоретические положения и не подкрепленные значительным опытом прогнозы подгоняются под клиническую действительность (подменяют ее), а сформулированные в диссертационных исследованиях выводы с излишней поспешностью предлагаются для использования в повседневной деятельности эходиагностов.

Приведенные сведения — отнюдь не злобный выпад в сторону определенных эхографическо-гинекологических «кругов», а, к сожалению, реальность клинической работы, доказанная путем ретроспективной оценки огромного числа протоколов УЗ-исследований, выполненных как в разных учреждениях Санкт-Петербурга и других городов России, так и за рубежом. К тому же указанная ситуация весьма типична для многих неверных и устаревших, но по инерции функционирующих диагностических принципов. Ведь не секрет, что существует множество заблуждений и ставших привычными догматов, которые «имеют хождение» только потому, что поверить в них проще, чем опровергнуть.

Эхографическая верификация наружного эндометриоза (**Я**, других локализаций) становится доступной после того, как первично-полостная «эндометриома» трансформируется в компактный и плотный очаг. Это обусловлено склонностью эндометриоидных гетеротопий к фиброзным реакциям, инициированным постоянными циклическими превращениями в них: 1) накопление и организация геморрагических элементов с последующим пропитыванием их гемосидерином; 2) диффузный фиброз стромы; 3) формирование мелких спаек вокруг дистопированного **Э**. Постепенно указанные процессы приводят к возникновению эндометриоидно-рубцового узелка, который при размерах свыше 3–4 мм может быть обнаружен эхографически в виде эхопозитивного **О** высокой плотности (иногда даже с «акустической дорожкой» позади него). Визуализация «свежих» и очень мелких очагов находится за пределами разрешающей способности УЗИ.



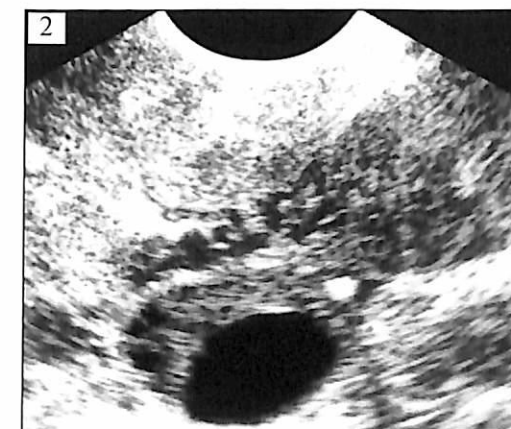
В., 24 лет. Анамнез, жалобы, «история» заболевания, эндокринологические аспекты циклического нарушения и результаты гинекологического осмотра — примерно такие же, как и в предыдущем наблюдении.

Рис. 47 (1, 2). Наружный эндометриоз **Я**, выявленный в процессе УЗИ по поводу ановуляторной дисфункции (персистенция преовуляторного фолликула), протекающей с задержкой месячных (2 нед.) и болями.

1. **Э**: 9 мм, трехслойного строения, с эхонегативной зоной отторжения по периферии.

2. Правый **Я** лоцируется рядом с углом **М** (полуовальный мягкотканый объект в правой части эхограммы). В нижнем отделе **Я** имеется фолликулярная полость, 23 × 17 мм, а вдоль медиального его края — эндометриоидный узелок 4–5 мм в $\varnothing$.

В области верхнего полюса **Я** виден обогащенный (из-за региональной гиперэстрогении) сосудистый рисунок.



Превращение мелкого эндометриоидного «пузырька» в плотное и компактное **О** осуществляется довольно долго, поэтому далеко не у всех больных с клинически явными признаками эндометриоза патологический очаг выявляется эхографически. Вместе с тем, у некоторых пациенток (чаще всего с фоновой гиперэстрогенией или с повышенной склонностью к фиброзным реакциям) первая же клиническая манифестация наружного эндометриоза подтверждается при УЗИ. Скорее всего, при этом имеет место ускоренное развитие ранее бессимптомно существовавших эндометриоидных гетеротопий («малой» формы поражения), спровоцированное, например, частыми ановуляторными циклами, травматическими воздействиями, сальпингитом и др. В таких случаях субъективная симптоматика нередко напоминает начальные проявления эктопической беременности.

Л., 27 лет. Направлена на УЗИ для исключения трубной беременности.

Через 4 месяца после аборта отмечает резко болезненный характер последней менструации («боли в **М** и слева»). Причем после своевременного окончания обильного кровотечения боли постепенно прошли, но продолжают беспокоить не прекращающиеся в течение 5 дней мажущие выделения темного цвета.



Рис. 48. Наружный эндометриоз **Я**. Пример первичной клинико-эхографической манифестации эндометриоидного поражения при УЗИ с подозрением на ВМБ.

По латеральной поверхности левого **Я** (не увеличен, нормальной эхоструктуры) прослеживается глыбчатое **О** с местами тяжистым контуром, 7 × 4 мм; однородное, высокой эхоплотности.

Эндометриоидная киста. Эхографическая картина приведена в большом числе публикаций. Коротко же можно констатировать, что УЗ-изображение данной патологии сводится к трем доминирующим вариантам: 1) солитарная киста ячеистого строения; 2) одиночная полость с двухконтурной капсулой и полиморфным содержимым (преимущественно средне- и мелкодисперсные включения); 3) множественные небольшие кисты (или одна киста) мелкодисперсного строения.

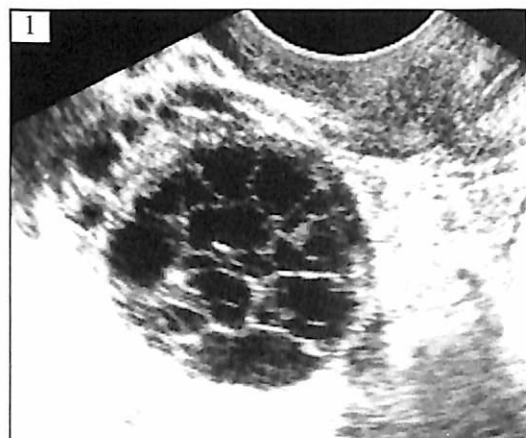
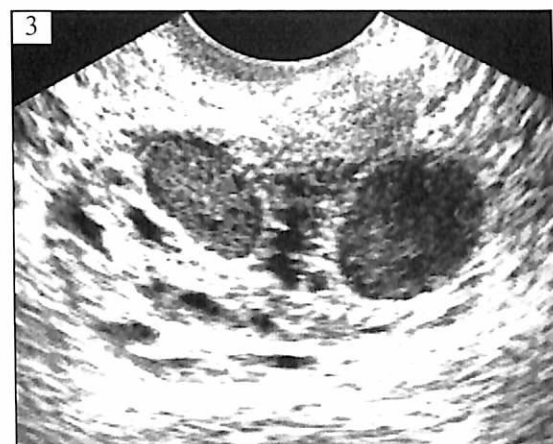


Рис. 49 (1, 2, 3). Разные варианты эхокартины эндометриоидных кист.

1. В нижнем полюсе **Я** (верхний полюс не изменен, в ткани его прослеживаются антральные фолликулы) имеется киста с плотной капсулой, 34 мм в $\varnothing$, просвет заполнен множественными ячеистыми структурами, внутри которых (в нижней части полости) видны мелкодисперсные включения. Тракционно-пальпаторное исследование болезненно.

2. Жидкостное **О**, 50 мм в $\varnothing$. Стенки плотные, толщина от 3 до 9 мм; по верхней и левой боковой поверхностям выявляется симптом двухконтурности оболочки кисты. Содержит множественные эхопозитивные включения



(тяжевые и точечные), находящиеся во взвешенном состоянии, в основном — в нижнем отделе полости и в области левой боковой ее стенки.

3. В верхней части **Я** (нижний отдел его интактен — нормального мелкофолликулярного строения) определяются две полости с тонкими, но относительно плотными стенками: 28 × 21 мм и 22 × 13 мм, структура мелкодисперсная (местами мелкозернистая) за счет выполняющих обе камеры небольших тяжей и микрогранул.

Справедливости ради нужно отметить, что отличить только по УЗ-симптоматике кистозную форму эндометриоза **Я** от длительно существующей фолликулярной кисты (кист), лютеиновой гематомы или tuboовариального абсцесса очень трудно, а зачастую невозможно. Для этого необходимы тщательный анализ клинических проявлений и, главное, УЗИ в динамике (желательно — после гормонотерапии или противовоспалительного лечения).

Эндометриоидная киста в качестве альтернативы диагнозу «трубная беременность» фигурирует редко. Но все же...

Л., 30 лет. Из анамнеза: месячные регулярные, обильные и длительные (за счет постменструальных мажущих выделений), болезненные (больше справа); половая жизнь без контрацепции, так как в течение последних 2 лет беременность не наступала; болезненность половых контактов.

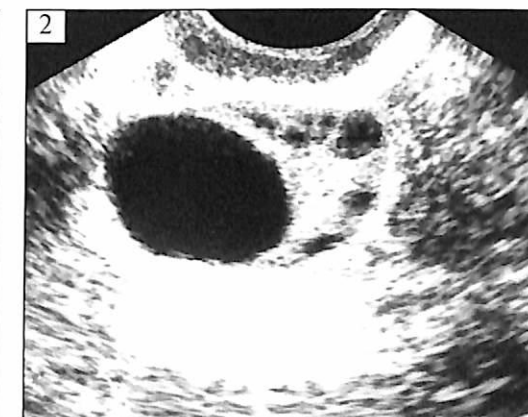


Рис. 50 (1, 2, 3). Эндометриоидная киста в сочетании с ановуляцией по типу кистозной атрезии в контрлатеральном **Я**.

1. В полости **М** Пл/**Я** нет.

Э: 12 мм, трехслойного строения, контуры четкие и ровные, по периферии видна формирующаяся узкая зона отторжения. Эхокартина избыточно выраженной пролиферативной слизистой.

2. В медиальной части левого **Я** — фолликулярная киста, 30 × 20 мм.

3. В правой параметральной области обнаружено патологическое жидкостное **О** — эндометриоидная киста: правильной овальной формы, в плотной капсуле, 57 × 40 мм, с ячеистым строением просвета (внутри большинства ячеек видны мелкотяжевые включения, в других — однородная жидкость); болезненная при компрессии.



В единичных случаях жалобы, подозрительные на ВМБ, наблюдаются при позадишеечном эндометриозе, тем более что этой локализации эндометриоидного поражения свойственны такие объективные признаки, как цианотичный оттенок слизистой **ШМ** и болезненность «движений за **М**». Диагностический алгоритм тот же: 1) исключение гравидарной диагностической гипотезы; 2) уточнение функциональных эхографических показателей; 3) визуализация патологического очага, что удастся сделать весьма редко, поскольку позадиматочно-позадишеечное пространство в скиалогическом отношении — самая неблагоприятная область для УЗ-идентификации эндометриоза. Причем обычно это достигается с помощью трансабдоминального сканирования с полупустым **МП**, в режиме локальной компрессии с одновременно выполняемыми маятникообразными движениями конвексного или секторного датчика. Для эхологов, работающих только в ТВ-модификации, распознавание позадишеечного эндометриоза в большинстве случаев недоступно.

Доброкачественные опухоли полости матки

Полипы Э и субмукозная фибромиома встречаются у женщин старшей возрастной группы (свыше 34–42 лет) и при определенном стечении обстоятельств могут симулировать субъективные проявления ВМБ. Чаще всего это связано с первой клинической манифестацией патологии полости М.

Р., 39 лет. Предъявляет жалобы на упорные мажущие кровянистые выделения, продолжающиеся в течение недели после окончания своевременно наступившей последней менструации. Осмотр в ЖК: патологии не выявлено, для уточнения диагноза — УЗИ (тубная беременность?).

Предположение гинеколога о возможности ВМБ представлялось совершенно оправданным, поскольку субъективная симптоматика «укладывалась» в следующую, свойственную начальному периоду ампулярно-трубной имплантации, формулу: со слов больной — «месячные пришли в срок и были как обычно, но не заканчиваются...».

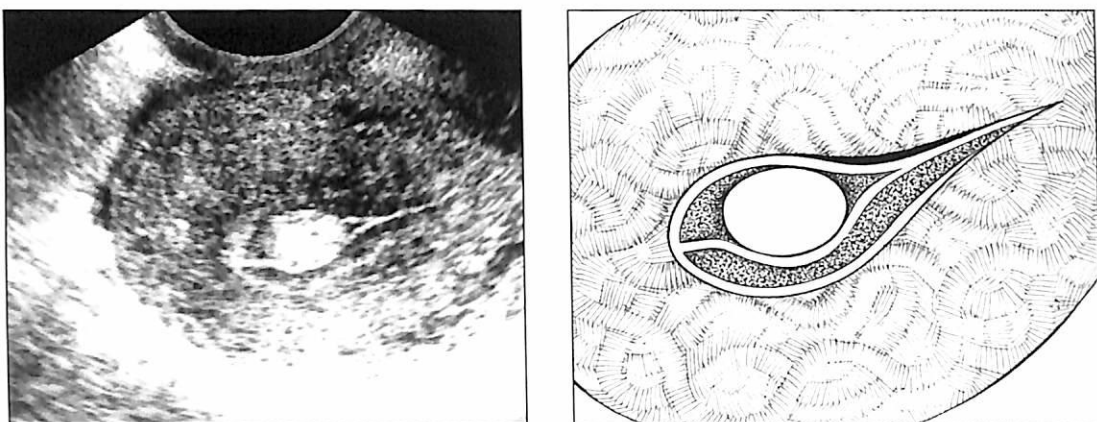


Рис. 51. Железисто-фиброзный полип Э.

Размеры М в пределах нормы, без ФМ-узлов и аденомиоза. В полости ее определяется пролиферативный Э, 6–7 мм и эхопозитивное О (по передней стенке): правильной овальной формы, 8 × 4 мм, с четким и ровным контуром; однородное, средней плотности.

Я не увеличены, нормальной эхоструктуры — множественные мелкие фолликулы и зреющий фолликул, 12 мм в Ø, справа. За пределами М и Я патологических О не выявлено. Свободной жидкости в полости м/таза нет.

Количественные и качественные показатели функционального состояния Э и Я соответствовали средней стадии I фазы цикла. Данных за эктопическую имплантацию не получено.

Заключение: железисто-фиброзный полип Э.

Тест на ХГ Э. Гистологическое исследование после выскабливания М — подтверждение диагноза.

В рассматриваемой ситуации — когда подозрительные на ВМБ жалобы на самом деле оказываются обусловленными доброкачественным О полости М — чаще всего выявляется железисто-фиброзный полип Э. Значительно реже это случается при субмукозной фибромиоме.

Клинические проявления патологического состояния, ставшего причиной обращения к гинекологу, а также предварительный диагноз — в общих чертах соответствуют таковым в предыдущем наблюдении (рис. 51).

Рис. 52. Субмукозная фибромиома М.

Из передней стенки в полость М вдается субмукозный ФМ-узел: 18 мм в Ø, правильной округлой формы, с множественными мелкими включениями высокой эхоплотности. О блокирует дно полости М, Э сдавлен, смещен в сторону внутреннего зева и частично «распластан» вдоль задней границы узла.

Гистероскопия: вылушивание плотного субмукозного узла, гистологически — лейомиофиброма.



Причиной чрезмерно длительного менструального кровотечения, что иногда вызывает опасения на предмет трубной беременности (как правило, если данное явление служит первым «сигналом» гиперпластического процесса слизистой М), может быть полип Э, пролабирующий в канал ШМ.

Ю., 41 год. Консультирована в смотровом кабинете МСЧ (по месту работы) и с предварительным диагнозом «маточное кровотечение» направлена на дообследование в ЖК. При этом в устной форме было сделано предположение о возможности ВМБ.

Жалобы на постменструальное кровотечение, которое, то усиливаясь, то затихая, продолжается в течение 11–12 дней. Тест на ХГ Э.

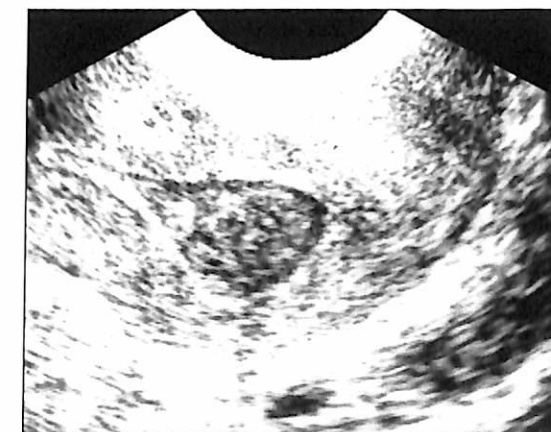
Рис. 53. Полип Э, пролабирующий (на ножке) в цервикальный канал.

Полость М выстлана узким (1–3 мм) пристеночным Э, причем между линейной слизистой передней и задней стенок имеется зона пониженной эхоплотности (2–4 мм) вытянутой формы (22 мм), переходящая на внутренний зев и в канал ШМ — ножка полипа.

В проксимальной, по отношению к М, трети цервикального канала (ближе к внутреннему зеву) определяется экзофитное О (15 × 9 мм, контуры ровные, плотность низкая), частично окруженное небольшим количеством жидкости дисперсного строения.

Заключение: полип Э, проникающий (на ножке) в канал ШМ, или, что менее вероятно, «рождающийся» субмукозный ФМ-узел.

Гистологическое исследование: «Ц/К — железистый полип Э, элементы крови; П/М — Э в фазе ранней пролиферации, фрагменты ножки полипа».



У других больных предположение подобного рода (ВМБ?) возникает, если ациклическое маточное кровотечение, вызванное полипом Э, развивается на фоне задержки месячных при ановуляторном функциональном нарушении.

П., 43 лет. После 12-дневной менструальной задержки (тесты на ХГ $\ominus$) появились мажущие кровянистые выделения, не прекращающиеся в течение недели. УЗИ перед консультацией гинеколога.



Рис. 54. Железисто-фиброзный полип Э на фоне ЖГЭ при ановуляторной дисфункции в перименопаузальном периоде.

В полости М (Пл/Я нет) имеется избыточно выраженный (20 мм) пролиферативный Э (контуры четкие, но зона отторжения развита слабо), а по задней стенке, в области дна, — экзофитное О, 12 мм в $\varnothing$: округлое, четко очерченное; плотность средняя, структура «повторяет» строение компактного слоя Э.

УЗ-данных за эктопическую беременность нет. В обоих Я выявляются фолликулярные полости, 25 и 18 мм в $\varnothing$.

Результаты УЗИ убедительно свидетельствовали об ановуляторном нарушении менструального цикла (причина задержки месячных) с развитием ЖГЭ и железисто-фиброзном полипе Э (причина ациклического маточного кровотечения).

Гистологическое исследование (соскоб из полости М обильный) — активная ЖГЭ, железисто-фиброзный полип.

Полезно напомнить, что в клинической практике периодически встречаются довольно необычные и нередко случайные комбинации симптомов, обусловленные сочетанной гинекологической патологией, клинические проявления которой иногда протекают под «маской» трубной беременности. Например, когда клиничко-эхографическая манифестация гиперпластического процесса Э хронологически совпадает с воспалением придатков М.

О., 37 лет. За несколько дней до начала очередной менструации почувствовала умеренно выраженные боли в области м/таза, больше слева. Месячные «пришли» в срок, но были непривычно болезненными и не закончились в обычное время, а продолжаются в виде прерывистой вялотекущей метроррагии (на фоне болей) на протяжении 5 дней. При гинекологическом обследовании рядом с М (слева) пальпировалось болезненное О «колбасовидной» конфигурации. Высказано подозрение на ВМБ («...или обострение хронического аднексита»), — УЗИ, cito.

После ознакомления с «Направлением на УЗИ» и жалобами, перед началом исследования женщине предложено сделать мочевой тест на беременность. Результат отрицательный.

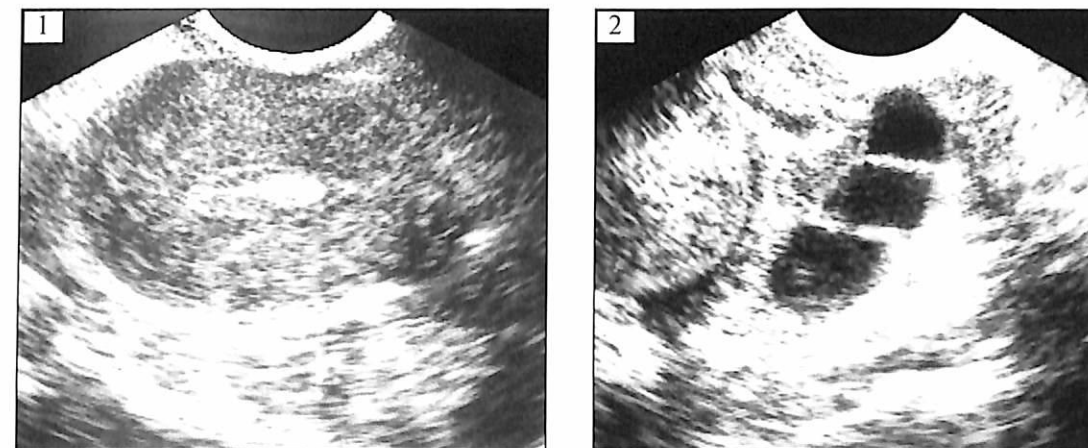


Рис. 55. Полип Э и гидросальпинкс у одной и той же больной.

1. М имеет обычный вид.

В полости М, на фоне «слабопролиферативного» Э толщиной 5 мм выявлено экзофитное О правильной овальной формы: 6×3 мм, контуры четкие и ровные, плотность высокая, структура почти однородная → полип Э, скорее всего — фиброзный.

Я не увеличены, содержат множественные мелкие фолликулы + зреющий фолликул, справа, 10 мм в $\varnothing$.

2. В левой параметральной области имеется трехкамерное жидкостное О вытянутой формы (с последовательным, в виде «цепочки», расположением камер): 43×15 мм, с тонкими стенками и внутренними перегородками, содержимое однородное → гидросальпинкс.

Результаты УЗИ подтверждены гистологическим исследованием и положительной динамикой клиничко-эхографической картины под влиянием противовоспалительной терапии.

Перечень различных негравидарных состояний, в которых овариальные дисфункции, воспалительные и органические заболевания репродуктивной сферы (в сочетании друг с другом или, реже, по отдельности) могут расцениваться до выполнения УЗИ как ВМБ, конечно же не исчерпывается представленными выше сведениями. Число подобных клинических ситуаций бесконечно велико, а характер их многообразен. Они охватывают почти всю гинекологическую патологию (функциональную и органическую, а чаще всего — их комбинацию), встречающуюся у трех групп женщин чадородного возраста: 1) пренебрегающих надежными способами контрацепции; 2) заинтересованных в сохранении беременности; 3) случайно попавших в такое положение, когда контрацепция невозможна или оказывается неэффективной.

Показать, даже в сугубо прикладном издании, все варианты клинических коллизий данного типа невозможно — непременно что-нибудь будет упущено. Вместе с тем, для пристрастного читателя могут быть интересны некоторые, довольно редко встречающиеся наблюдения. Общим для них является сочетание дисгормонального нарушения и патологического негравидарного О, что как правило после гинекологического осмотра, предшествующего УЗИ, создает прецедент для предположения о ВМБ. Например, выявленные в процессе эхосканирования по поводу НМЦ, протекающего с субъективными признаками беременности, — тератодермоидное О, параовариальная киста, субсерозный узел

фибромиомы **М** с явлениями нарушения питания и пр. Они приводятся ниже, но только в сжатой форме — без подробного описания жалоб и истории обследования, которые (за исключением индивидуальных деталей) идентичны таковым в «озвученных» ранее случаях из практики.

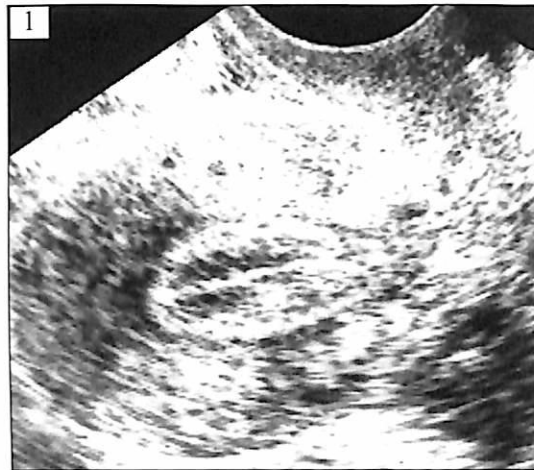


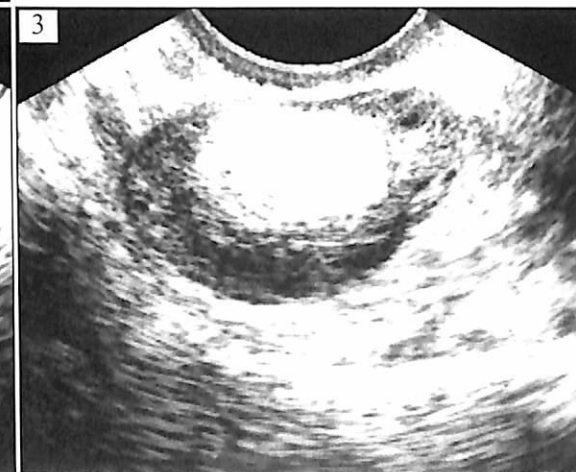
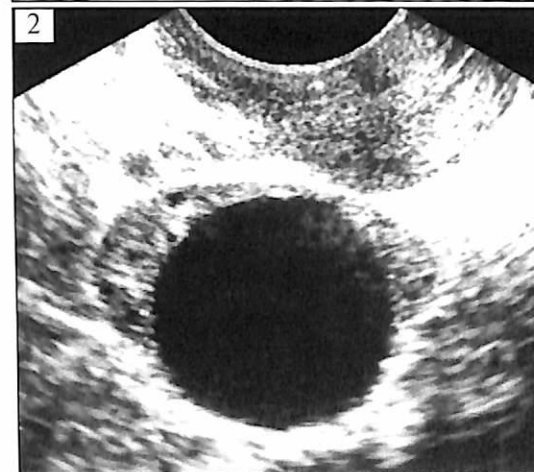
Рис. 56 (1, 2, 3). Терадермоидное **О** и фолликулярная киста в контрлатеральном **Я**.

1. **М** не увеличена, миометрий без особенностей. **Э** (задержка месячных 15 дней, тест на ХГ $\ominus$), 12–13 мм, трехслойный, с четкими и ровными контурами, окруженный слабо выраженным эхонегативным ободком.

2. В нижне-центральной области правого **Я** имеется фолликулярная киста, 33 мм в $\varnothing$.

Эхокартина ановуляторной дисфункции, протекающей с: 1) менструальной задержкой; 2) избыточной выраженностью пролиферативного **Э**; 3) формированием фолликулярной кисты. Кроме того...

3. В медиальной части левого **Я** выявлена патологическая полость с мягкотканно-жид-

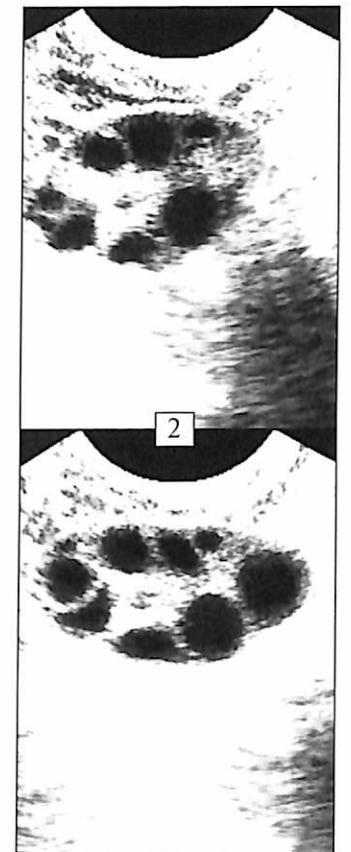


костным содержимым: 40 × 30 мм, стенки капсулы тонкие; в просвете — в области верхней стенки определяется плотный дермоидный бугор, 22 × 16 мм, остальные отделы заполнены жидкостью мелкодисперсного строения. К латеральному краю **О** «прилежит» неизменная часть **Я**. *УЗ-симптоматика зрелой кистозной тератомы.*

Рис. 57 (1, 2 — эхограммы на с. 295). Терадермоидное **О** и поликистоз **Я**.

1. Из верхне-медиального отдела правого **Я** исходит полостное **О**, на 80% располагающееся за пределами **Я** — между **Я** и **М**: 36 × 23 мм, значительный объем просвета занят множественными волокнисто-дисперсными включениями, исходящими из правой боковой стенки.

Большая часть ткани правого **Я** свободна от кисты, содержит многочисленные фолликулы, от 3 до 8 мм в $\varnothing$, среди которых преобладают фолликулы свыше 5–6 мм.



2. Разные ракурсы ТВ-сканирования левого **Я**: 35 × 22 мм, в периферических отделах видны множественные фолликулярные полости от 5–6 до 11 мм в $\varnothing$.

Э — 4 мм, линейного типа, однородный (без отчетливых УЗ-признаков фазовой принадлежности), окружен четко очерченной зоной отторжения (3 мм).

Поликистоз обоих **Я** (из анамнеза: бесплодие в течение 3 лет; обследуется в связи с задержкой месячных, на фоне которой отмечаются эпизоды слабых кровянистых выделений) и дермоидная киста, справа (лапароскопия — стенка кисты представлена истонченной мацерированной кожей, в просвете содержатся густые пучки волос и мелкие сальные зерна).

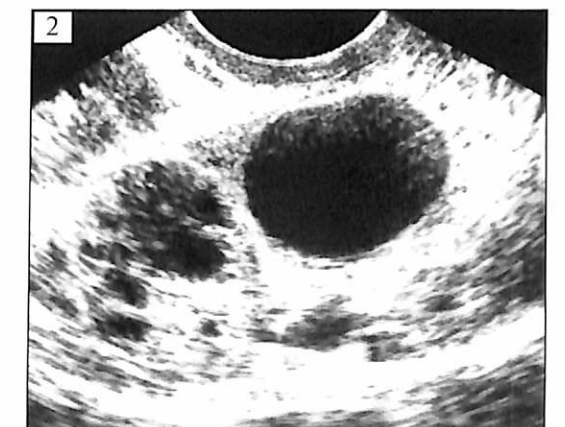
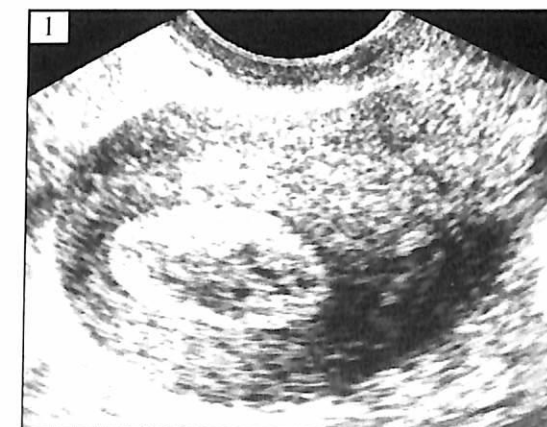


Рис. 58 (1, 2). Параовариальная киста и секреторная гиперплазия **Э** при гиперпрогестеронемической персистенции **ЖТ**.

1. **Э** (задержка месячных свыше 2 недель; гравитесты: 1-й $\ominus$, 2 и 3-й неинформативны): 16 мм, с хорошо развитым кортикальным слоем и низкоплотностной зоной в центре, → избыточно выраженный секреторный **Э** с явлениями децидуальной перестройки... но не гравидарной, о чем свидетельствует наличие четкого контура и узкого эхонегативного ободка на границе с миометрием.

Я имеют обычный вид.

2. Рядом с верхним полюсом правого **Я** имеется параовариальная киста (38 × 28 мм, стенки тонкие, структура однородная), которая при первичном гинекологическом осмотре была расценена в качестве трубного **О** (?).

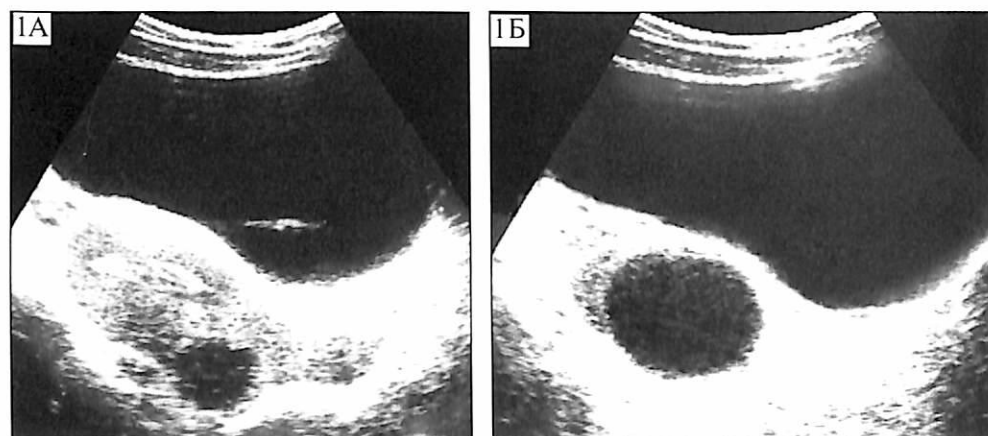


Рис. 59 (1, 2). Отек субсерозного ФМ-узла — трофическое расстройство, обычно обозначаемое, при наличии болевого синдрома, как нарушение «питания» фибромиомы **М**.

1А (боли, иррадирующие в прямую **К**). По задней стенке **М**, у перешейка, лоцируется субсерозный ФМ-узел, 25 мм в $\varnothing$. Общая эхоплотность его значительно понижена во всех отделах — практически эхонегативное **О**, но, в отличие от кисты, исходящее из стенки **М** и без дорсального усиления эхосигнала. Контактное исследование резко болезненно.

В полости **М** пролиферативный **Э**, 7 мм (при менструальной задержке 9 дней).

1Б. В левом **Я** обнаружена фолликулярная киста, 40 × 34 мм.

УЗ-данные позволяют, с одной стороны, исключить ВМБ (и факт зачатия вообще), с другой стороны — диагностировать ановуляторную дисфункцию с кистозной атрезией **Я** (причина задержки месячных) и, одновременно, нарушение «питания» по типу диффузного отека субсерозной фибромиомы **М** (причина болевого синдрома).

2. Другое наблюдение.

Из правой боковой стенки **М** исходит субсерозный ФМ-узел, 52 × 42 мм, с выраженным отеком периферических отделов и фиброзом в центре. Тракции **О** ТВ-датчиком болезненны.

Э = 9–10 мм, однородный, контуры четкие и ровные.



Представленные в данной главе сведения показывают наиболее часто встречающиеся клинические ситуации, когда до выполнения УЗИ уже сформулировано подозрение на ВМБ. Оно может быть изложено в сопутствующей документации (амбулаторной карте, бланке «Направление на УЗИ»), высказано в личной беседе с лечащим врачом, а также передано в устной форме пациенткой; или же, если женщина обратилась сразу на УЗИ (без предварительного гинекологического осмотра), возникает у эходиагноста после ознакомления с жалобами, став-

шими причиной проведения настоящего исследования. В любой модификации, независимо от источника тревожных сигналов, подобная информация служит базой для конкретной (предусматривающей возможность ВМБ) концепции исследования, детерминирующей главную задачу эхолога — подтверждение или исключение факта трубной беременности; в последнем случае — еще и определение морфо-функциональных УЗ-показателей, позволяющих уточнить состояние больной.

Неоднократное повторение столь очевидных вещей связано с тем, что до настоящего времени продолжается дискуссия на тему: а нужна ли вообще консультация гинеколога без предшествующего эхосканирования? Ответ однозначно утвердительный — нужна, и больше того — необходима... для формирования, так сказать, независимой диагностической гипотезы (в виде предварительного диагноза). Дело в том, что, как не раз уже упоминалось в главе II, успешная УЗ-диагностика трубной беременности требует направленного поиска эктопического гравидарного или гравидарно-геморрагического объекта, а также сопутствующих внематочной имплантации дополнительных признаков. В противном случае эхолокация неэффективна. При этом направленный (т.е. — конкретно-целеустремленный, осмысленно-скрупулезный и полипозиционно-прицельный) характер эхографического поиска определяется наличием адекватной, а иначе говоря, сформулированной профессионалом, версии будущего диагноза — ВМБ(?). И совершенно неважно, что в большинстве случаев данное предположение не подтверждается с помощью УЗИ и тестирования на ХГ. Ведь именно так — путем клинически оправданной, логически-закономерной и необходимой для больной гипердиагностики — реализуется главный принцип распознавания этой грозной патологии. Он заключается в высокой степени «ВМБ-настороженности», без которой своевременная диагностика эктопической беременности невозможна.

Однако более 50% женщин посещают УЗ-кабинет по личной инициативе, до осмотра гинеколога. Поэтому в таких наблюдениях получение предварительной информации, определяющей главные векторы процесса сканирования, осуществляется непосредственно эхографистом. Это достигается при помощи простых вопросов, выясняющих причины обращения на УЗИ. Ответы на них служат основой для первичной концепции исследования, диктующей цель и задачи предстоящей эхолокации. Причем первоначальное представление о состоянии больной, в частности — вероятность трубной беременности, подтверждается или отвергается во время сканирования, а также видоизменяется, дополняется и корректируется (принцип «подвижной диагностической гипотезы») до тех пор, пока не будет найден наиболее приемлемый вариант диагностического решения. Приемлемый как в смысле достоверности (объективности и доказательности) результатов УЗИ, так и в плане практической ценности, а проще говоря — полезности их для больной и лечащего врача. Это достигается тем, что каждая деталь эхокартины должна получить качественную оценку в «описательной» и заключительной частях УЗ-протокола (принцип клинко-морфологической идентификации). Гносеологическая сущность такого анализа, осуществляемого во время сканирования и в процессе оформления итогового документа, заключается во вскрытии и освещении клинических и морфо-функциональных связей обнаруженных эхосимптомов. В этом смысл и главная цель исследования — в пояснении (разъяснении, интер-

претации) с помощью результатов эхолокации как субъективной симптоматики, ставшей причиной обращения больной на УЗИ, так и вопросов, возникающих при гинекологическом осмотре и требующих уточнения и проверки с участием специалиста УЗ-диагностики. Только в таком ракурсе, а точнее — только при таком отношении эходиагноста к доверенной ему методике, эхографическое исследование может быть действительно эффективным, т.е. полезным для всех участников диагностического процесса.

Вот и еще один образец тривиальной констатации. Тривиальной, но отчасти необходимой, поскольку среди довольно большого числа наших коллег все еще бытует мнение (правильнее сказать — базовая установка) о том, что деятельность врача-УЗИ ограничивается лишь поиском и фиксацией отдельных, как правило строго регламентированных (учебными программами) симптомов и симптомокомплексов, с последующим формальным изложением визуальной картины в протоколе. А все остальное — изучение связей эхографических находок с функциональным состоянием репродуктивной сферы, нозологическая дифференциация и клиничко-морфологическая интерпретация УЗ-данных — задача гинеколога. Это тупиковый, порочный вариант работы специалиста лучевой диагностики, в котором ему отводится роль тупого статиста, безответственного наблюдателя и регистратора; задача, с которой с тем же успехом, или даже лучше, справится хорошо подготовленный фельдшер. Подобный подход к клинической деятельности, искусственно воздвигающий барьер между исследователем и конечным результатом исследования, рано или поздно (но неизбежно) пагубно сказывается на качестве работы и становится причиной многих совершенно неоправданных диагностических упущений и ошибок. Кроме того, врач-УЗИ, забывший, что он — вовсе не бездушный посредник между ультразвуковым томографом и лечащим врачом, а вполне самостоятельный клинический диагност, довольно быстро теряет свое профессиональное «лицо» и попадает в «зону отчуждения», когда ему перестают доверять и лечащие врачи, и пациенты.

* * *

Как видно из приведенных в главе III клинических наблюдений, для решения целого ряда вопросов, возникающих в процессе обследования женщин, направляемых на УЗИ с подозрением на трубную беременность, врач УЗ-диагностики (именно врач, а не фельдшер) должен не только иметь специальную подготовку, но и свободно ориентироваться в клинических проявлениях как ВМБ, так и многих других акушерско-гинекологических состояний и заболеваний. Эти знания, одухотворенные стремлением врача-УЗИ сделать каждое исследование наиболее информативным (принцип максимальной полезности), плюс умение непредвзято «увязывать» жалобы, анамнез, результаты осмотра гинеколога и тестирования на ХГ с данными УЗИ — совершенно необходимы исследователю для успешных действий. А именно: для «отработки» гравидарных версий диагноза и, затем, уточнения (с помощью полученных эхографических показателей) морфо-функционального состояния репродуктивной сферы обследуемой. С этих позиций изложенные выше фактические сведения представляют собой *матрицу событий* — серию наиболее типичных «сценариев», отражающих разные грани и нюансы реальной работы эходиагноста при распознавании эктопической беременности.

Глава IV

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ

О трудностях и ошибках, всегда преследующих клинициста (все равно — гинеколога или врача-УЗИ) при распознавании эктопической беременности, в отечественной и зарубежной литературе сказано так много, а вместе с тем так мало и неконкретно, что более или менее связное и непредвзятое изложение этой разноплановой и противоречивой проблемы само по себе представляется очень сложным, а может быть, и недоступным для беспристрастной экспертной оценки. В самом деле, любая истина (в виде тезиса, положения, рекомендации, доктрины или только предпосылки) зависит от общепринятого в настоящий момент мнения... а мнение — от экспертов. Но ни один человек не может абсолютно безошибочно и объективно утверждать, «что такое хорошо и что такое плохо». И даже целая группа специалистов не может составить эталон безукоризненно точных оценок. Кто же тогда мистификатор? Замкнутый круг. Ведь в любом высказанном мнении (устно, в официальном документе, в печати) непременно имеется элемент односторонней оценки событий и явлений. И только клиническая практика, с ее многолетним, как позитивным, так и негативным опытом повседневной работы, может быть «экспертом» и единственным «судьей»... в таком, например, непростом вопросе, как причины диагностических ошибок эхолога при ВМБ и пути их преодоления. Только клиническая практика, путем длительной апробации уже существующих («господствующих») и вновь выдвигаемых положений, расставляет все на свои места... отвергая временные заблуждения и несущественные детали, оставляя только то, что выдержало испытание временем и, следовательно, соответствует действительности и служит на благо больной.

Ретроспективный анализ результатов клиничко-эхографической диагностики эктопической беременности на амбулаторном этапе обследования свидетельствует о весьма низком уровне своевременной (до появления симптомов острого прерывания, требующего экстренного хирургического вмешательства) верификации этой патологии. Так, несмотря на определенный прогресс в данной области, обусловленный относительно высокой степенью ВМБ-настороженности со стороны гинекологов, повсеместным внедрением ультразвукового метода исследования и широким применением тестирования мочи и, в меньшей степени, крови на ХГ, от 50 до 78% операций по поводу трубной беременности выполняются без предшествующего (на амбулаторном этапе) установления факта эктопической имплантации. Причем, как ни печально, без какой-либо более или менее заметной (на протяжении последних лет) тенденции к улучшению. И это при условии проведения обязательных и часто неоднократных гинекологических осмотров и УЗИ в период догоспитального обследования и наблюдения. Причиной такого бедственного положения дел является сочетанное действие постоянно

присутствующих при эктопических имплантациях нескольких неблагоприятных факторов, в силу которых ВМБ вполне заслуженно имеет репутацию самой трудной в диагностическом отношении акушерско-гинекологической патологии. Больше того, до настоящего времени остается справедливым сформулированное в 60–70-х гг. XX в. мнение о трубной беременности как о «главе диагностических ошибок» в практике акушера-гинеколога, а также, как выяснилось за последние десятилетия, и врача-УЗИ.

Систематизация всех затруднений, возникающих в процессе распознавания трубной беременности, с одной стороны, в полной мере невозможна (их слишком много), с другой стороны, требует развернутого многофакторного анализа. Но как это осуществить при ВМБ(?), когда сам по себе факт необычности места имплантации изначально предопределяет нетипичность и вариабельность клинико-эхографических проявлений. Отчасти это сделано в предыдущих главах. Продолжая же попытки классификации диагностических трудностей, целесообразно разделить детерминирующие их факторы на четыре группы — исходя из разных источников получения информации.

1. «Коварство» клинического течения заболевания.

Заключается в отсутствии патогномичных признаков, получаемых при изучении жалоб, анамнеза, а также и в процессе гинекологического осмотра.

В первую очередь, это относится к фазе прогрессирующей трубной беременности, в большинстве случаев характеризующейся бессимптомным течением. Вместе с тем, у 25–30% больных с ненарушенной ампулярно-трубной имплантацией отмечаются мажущие темные выделения. Это, пожалуй, единственный симптом, позволяющий заподозрить ВМБ в период ее атравматического развития. Можно сказать — типичный... но не патогномичный, так как подобные явления могут наблюдаться при НМЦ (ДМК), УВ в период маточной БРС, эндометриозе, полипах Э.

Другой гранью «коварства» клинической картины ВМБ является тот факт, что самый частый вариант заболевания — хроническая форма трубного аборта — как правило, не имеет специфических субъективных (жалобы, анамнез) и объективных (результаты гинекологического исследования) проявлений. Все они отличаются неоднозначностью, «стертостью», незначительной интенсивностью и, в то же время, выраженным полиморфизмом, что в ряде случаев делает прерывающуюся трубную беременность неотличимой от воспалительного процесса придатков М, НМЦ и, особенно, сочетания этих патологических состояний. Зачастую пациентки с вялотекущим трубным абортом, для которого характерно медленное течение (от нескольких недель до 1–2 мес.), длительное время наблюдаются и лечатся под маской «обострения хронического аднексита» — до тех пор, пока не разовьется массивное кровотечение из беременной МТр, требующее экстренной операции; или же, из-за отсутствия динамики патологических симптомов под влиянием противовоспалительной и гормональной терапии, операция выполняется для разрешения патовой клинической ситуации.

Почти постоянным источником диагностических ошибок служит наличие атипичной формы ВМБ, при которой эктопическая имплантация бластоцисты не сопровождается подозрительным на беременность НМЦ. А именно: задержки

месячных или нетипичности последней менструации, обычно являющихся первыми и кардинальными показателями совершившегося зачатия, женщина не отмечает. Указанный вариант ВМБ встречается (по разным данным) в 17–34% наблюдений трубных нидаций, но наиболее реальные значения составляют 18–25%, а по клиническим материалам настоящей монографии — в среднем 24%. Как уже отмечалось в главе I, атипичный (без задержки) характер начального периода беременности изредка наблюдается и при нидации в М. Однако в случае ВМБ указанное явление встречается в 4–5 раз чаще, что еще раз подтверждает неоднократно высказанный ранее тезис — нетипичность места имплантации детерминирует нетипичность течения гравидарного процесса.

Более благоприятное (с позиции диагноста) положение дел имеет место при подострой форме трубного аборта, для которой характерна «классическая» триада последовательно возникающих симптомов: НМЦ → боли (приступообразные, схваткообразные, с иррадиацией) → метроррагия. Вместе с тем, первично-подострое прерывание ампулярно-трубной беременности встречается относительно редко (не более 15–20%), а чаще фигурирует как осложнение своевременно не диагностированной хронической формы трубного аборта. Кроме того, у ряда больных бывает нарушена последовательность появления симптомов (кровотечение нередко предшествует развитию болей), некоторые признаки могут отсутствовать, выраженность болевого синдрома может быть незначительной или умеренной — без таких типичных особенностей, как приступообразность и иррадиация, кровотечение может отличаться повышенной интенсивностью и пр. Также нельзя забывать, что симптоматика, сходная с клинической картиной подострого трубного аборта, отмечается и при самопроизвольном прерывании маточной БРС.

Как известно, за исключением острого нарушения ВМБ (разрыв МТр при истмической имплантации, массивное внутреннее кровотечение в процессе прерывания ампулярно-трубной беременности) и, значительно реже, подострого течения трубного аборта, клинические проявления эктопической беременности неспецифичны и, в лучшем случае, позволяют только заподозрить данную патологию.

2. То же самое относится и к результатам гистологического исследования после выскабливания полости М, свидетельствующим о: 1) отсутствии маточной беременности — ворсин хориона нет; 2) наличии секреторной ЖГЭ или Э в поздней стадии фазы секреции; 3) децидуализации секреторной слизистой. Реже на фоне указанной картины обнаруживаются такие явления, как признаки регресса Э, гипергидрированные клетки с необычно крупными ядрами (феномен Ариас—Стеллы), железы Овербека и др. — микроскопические симптомы, обусловленные длительным воздействием на слизистую М гестагенных гормонов, но не патогномичные для эктопической имплантации. Необходимо отметить, что к диагностическому выскабливанию при подозрении на ВМБ нужно подходить с большой осторожностью, поскольку кюретаж вызывает усиление сокращений МТр и падение уровня П и, тем самым, может спровоцировать разрыв трубы или обильное интратубарное кровотечение. Одним словом, гистологическое исследование соскоба из М нельзя рассматривать в качестве метода диагностики

ВМБ — как из-за недостаточной информативности, так и вследствие опасности развития острого прерывания трубной беременности. Однако в единичных случаях именно данная методика может стать источником сведений, способствующих разрешению нетипичной клинической ситуации.

З., 44 лет. Несколько недель тому назад обратилась в ЖК в связи с длительной вялотекущей метроррагией. При этом с уверенностью высказаться о наличии или отсутствии задержки последней менструации женщина не могла, так как в течение последнего года месячные были нерегулярными, а также нестабильными по объему и продолжительности. Выполнено УЗИ, показавшее ЖГЭ с утолщением слизистой М до 15 мм. Госпитализация. УЗИ в стационаре — те же данные. После выскабливания полости М пациентка выписана для наблюдения и лечения по месту жительства. Через неделю (характерно, что после кюретажа З. продолжали беспокоить мажущие темные выделения, не прекращающиеся под влиянием гормонотерапии) ей позвонили из больницы с предложением повторной госпитализации, поскольку результаты гистологического исследования позволяли заподозрить ВМБ. Перед повторным поступлением в стационар больная решила пройти дополнительное, «независимое» УЗИ в другом медицинском учреждении.

После ознакомления с этими сведениями, до проведения собственно сканирования, пациентке предложено сделать гравитест. Результат ⊕.

УЗИ. 1. М несколько больше нормы, миометрий с явлениями диффузного фиброматоза, в полости ее — гематометр, ≈2–3 мл крови со сгустками.

2. Справа от М обнаружено параовариальное (Я не изменены) инкапсулированное О: вытянутой формы, 47 × 23 мм; с дисперсным полужидким содержимым, на фоне которого определяется дополнительная кольцевидная структура (12 × 8 мм) — *организованная гематома в МТр с погибшим эктопическим Пл/Я (околозародышевая тубарная гематома, II стадии)*.

В остальном, без особенностей.

Заключение: нарушенная правосторонняя трубная беременность, без УЗ-признаков кровотечения в полость м/таза.

Лапароскопическое подтверждение диагноза.

3. Суммируя изложенные в предыдущих главах сведения об информативности тестирования мочи на ХГ, нужно признать, что 100%-точного определения гравидарного состояния данная методика не гарантирует (как и любое другое клиническое исследование). В частности, даже при неосложненной маточной беременности и в случае использования самых надежных (проверенных) гравитестов, у 8–12% пациенток отмечаются ложноотрицательные и неинформативные результаты.

Главной причиной ошибочного тестирования являются так называемые перекрестные реакции между применяемыми в гравитестах диагностическими антигенами и различными белковыми соединениями, всегда присутствующими в моче, но у некоторых женщин — в большей концентрации, чем обычно. Это наблюдается у пациенток с нарушенной функцией почек, вследствие перенесенного или хронического пиелонефрита, гломерулонефрита, мочекаменной болезни, аномалий развития мочевыделительной системы, хронической интоксикации, приема лекарственных средств и т.д. В значительно меньшей степени неправильные ответы мочевых тестов на беременность обусловлены «техническими» погрешностями методики, частично устранимыми путем повторных реакций.

В фазу прогрессирующей ВМБ чувствительность ХГ-тестирования мочи такая же, как и при физиологической имплантации, т.е. весьма высока и составляет 88–92%. В то же время в процессе трубного аборта число ложноотрицательных и неинформативных ответов мочевых гравитестов возрастает до 20–25%. Этот факт оказывает довольно существенное негативное действие на распознавание нарушенной ампулярно-трубной беременности, так как «запутывает» («сбивает с толку») диагноста и нередко служит причиной позднего обращения женщины на УЗИ.

4. Эхографическая диагностика ВМБ всегда сопряжена со значительными затруднениями, которые имеют место почти при каждом исследовании по поводу прогрессирующей и прерывающейся (хронически или подостро) трубной беременности. Они в той или иной степени, но неизменно преследуют эколога независимо от личного опыта, уровня имплантации в МТр и даже длительности заболевания. Исключением из этого правила являются редкие случаи быстрой и успешной визуализации эктопического Пл/Я (от 5 НБ) при прогрессирующей трубной беременности, а также — эхолокация в период острого прерывания и часть наблюдений подострого течения трубного аборта. У большинства же больных (85–90% и более) диагностический процесс требует от исследователя преодоления целого ряда серьезных трудностей, условно подразделяемых, в зависимости от вызывающих их причин, на объективные и субъективные.

Объективные трудности. Данное понятие объединяет множество факторов, которые по не зависящим от врача-УЗИ причинам осложняют визуализацию патологического объекта при ВМБ, зачастую делая указанную задачу абсолютно невыполнимой. В основном это касается анатомо-топографических аспектов сканирования и, конечно, УЗ-морфологических особенностей эктопической имплантации.

Субъективные трудности включают серию негативных моментов, оказывающих отрицательное влияние на качество диагностики из-за просчетов и упущений, совершенных самим исследователем непосредственно во время эхолокации. Рассматриваемая проблема — погрешности выполнения сканирования, в которых задействован «человеческий фактор» — самая трудная тема для непредвзятого освещения и, по возможности, тактичного обсуждения. Особенно при эктопической беременности, когда затруднения, недочеты, сомнения и разночтения являются неотъемлемыми элементами практической работы. Причем конвергенция разного рода неблагоприятных обстоятельств такова, что расхождения диагнозов непременно бывают (правда, с разной частотой) как у начинающих специалистов, не имеющих солидных профессиональных навыков, так и у опытных «профи» с большим клиническим стажем.

В вопросе о трудностях и расхождениях есть еще одна грань. Она заключается в том, что патологическое, агрессивное начало, каковым в нашем случае выступает эктопическая nidация бластоцисты, всегда выполняет функцию «нападающего» фактора. В «цепочке» диагностического процесса он действует первым, и как правило неожиданно, и поэтому имеет огромное преимущество перед ди-

агностом, исполняющим роль «защищающейся стороны» («слабое звено»), изучающей последствия уже совершившегося факта первичного поражения. Действия врача-УЗИ всегда вторичны. Следовательно, для того чтобы обнаружить и опознать этот, пока еще скрытый фактор, исследователь вынужден к нему «пристраиваться», прилагать усилия, импровизировать на ходу, многое доказывать, домысливать и... в чем-то обязательно ошибаться.

Таким образом, сочетание ряда зачастую непреодолимых объективных (преобладают) и субъективных трудностей, осложняющих УЗ-распознавание эктопической беременности, детерминирует наличие довольно большого числа диагностических ошибок, в которых результаты УЗИ не соответствуют истинному состоянию больной.

Согласно традиционному для медицинской литературы правилу, все случаи «грубых» расхождений диагнозов делятся на *гиподиагностику* и *гипердиагностику*.

ГИПОДИАГНОСТИКА ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

заключается в том, что эктопическая имплантация, имеющая место у обследуемой, в процессе эхолокации не выявляется. Налицо ложноотрицательный результат УЗИ, являющийся самым распространенным вариантом (85–93%) эхографических ошибок при ВМБ. Как следует из опыта работы каждого эхографа, занятого в сфере акушерско-гинекологической помощи, а также из показателей УЗ-выявляемости трубной нидации, представленных в главе II, — гиподиагностика является настоящим «бичом» эхографического распознавания данной патологии. Действительно: с одной стороны, ошибки подобного рода неизбежны; с другой стороны, удельный вес ложноотрицательных исследований, как правило, превалирует над частотой успешной диагностики. И, что характерно, такое, можно сказать, хронически бедственное положение дел наблюдается как при прогрессирующей, так и в случае нарушенной ВМБ (хроническая и подострая формы). Оно ничуть не улучшилось с введением в отечественном здравоохранении системы платных обследований. Даже замена, в течение последних пяти лет, многих устаревших сканеров на современные эхотомографы, оснащенные ТВ-датчиками, существенно не повысилась УЗ-выявляемость эктопической имплантации. То же самое отчасти относится и к столь важному понятию, как опытность специалиста, выполняющего УЗИ. Наблюдения пропущенной трубной беременности встречаются у врачей всех квалификационных категорий, но у диагностов со специфическим стажем свыше 5 лет — на 10–30% реже. Такая уж это патология... «коварная» и крайне сложная для дооперационной верификации.

Прогрессирующая беременность

Объективные трудности, имеющие место при всех исследованиях по поводу эктопической имплантации, наиболее велики (а точнее — максимальны) в процессе распознавания прогрессирующей трубной беременности. Они обусловлены как особенностями топографии и эхоэмиотики эктопического Пл/Я, так и наличием в полости м/таза значительного количества естественных (фоновых) артефактов, экранирующих («скрадывающих», перекрывающих) изображение эмбриональной камеры.

В самом деле, трудно вообразить более неудобный (неудачный) объект для эхографического выявления, чем располагающееся в просвете МТр Пл/Я.

Диагностические проблемы начинаются с того, что в рассматриваемой ситуации нет конкретных, а главное — устойчивых, постоянных анатомических ориентиров для более или менее точной эхографической дислокации патологического очага. Как известно, неизменные яйцеводы не видны во время сканирования. Следовательно, отсутствует первичный анатомический субстрат в виде УЗ-изображения собственно трубы (как, например: М, Э, Я, ШМ, МП), последовательно изучая которую, можно было бы относительно легко (как, например, при фибромиоме М, эндометриальных и овариальных О) заметить и локализовать исходящий из исследуемого органа патологический объект. Поэтому, осуществляя поиск гипотетического внематочного Пл/Я в параметральных, параовариальных областях и в позадиматочном пространстве, врач-УЗИ делает это почти вслепую («наощупь»), исходя из знаний вероятной топографии МТр и отталкиваясь от отчетливо видимых ориентиров (внешние границы М, Я, МП и пр.). Эти действия изначально затруднены из-за вариабельности расположения яйцеводов, а также Я и особенно сложны, когда М находится в *retroflexio*. Нельзя не отметить и такого явления, как довольно значительная подвижность труб, не имеющих поддерживающего связочного аппарата, от давления петель кишечника и мочевого пузыря.

Другая грань диагностических затруднений, возникающих во время УЗ-поиска эмбриональной камеры за пределами М, связана с отсутствием ярких, сразу бросающихся в глаза эхопризнаков, характеризующих собственно эктопическое Пл/Я. В первую очередь, это касается весьма небольших размеров внематочного гравидарного объекта, основным эхомаркером которого (как и при маточной имплантации) является содержащая жидкость внутренняя полость — амнион. В то же время, даже при физиологической беременности величина амниона в сроки до 5 НБ довольно невелика и обычно не превышает 20 мм в Ø (от 3–4 мм в 2–3 НБ до 18–22 мм в 5 НБ). При трубной же нидации размеры амниона на 10% меньше, обычно не более 15 мм в Ø. Кроме того, если в полости М плотный (эхопозитивный) секреторно-децидуальный Э играет роль очень хорошего физиологического контраста для выявления на его фоне локального жидкостного (эхонегативного) О, то вне М такого благоприятного акустического фона нет. Напротив, составляющие основу УЗ-архитектоники параметрально-параовариальных объемов м/таза петли кишечника и сосуды

представляют собой акустически неоднородную и нестабильную среду, исключительно неблагоприятную («как будто нарочно») для визуализации небольшой, содержащей жидкость полости. Оба указанных фактора — незначительные размеры объекта и отсутствие за пределами **М** и **Я** постоянной эхопозитивной среды, которая могла бы служить (как в **М**) естественным контрастом для эффективного обнаружения гравидарной полости, — изначально создают весьма большие трудности для успешного обнаружения эктопического Пл/Я. Особенно до 4–4-5 НБ, то есть в относительно безопасные, в плане острого прерывания, сроки.

УЗИ при менструальной задержке 11 дней. Грави-тест ⊕, жалоб нет.

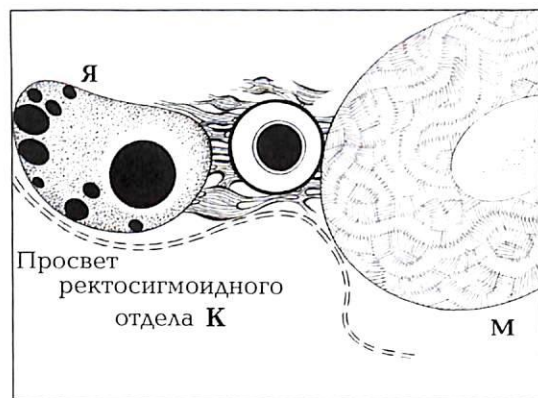
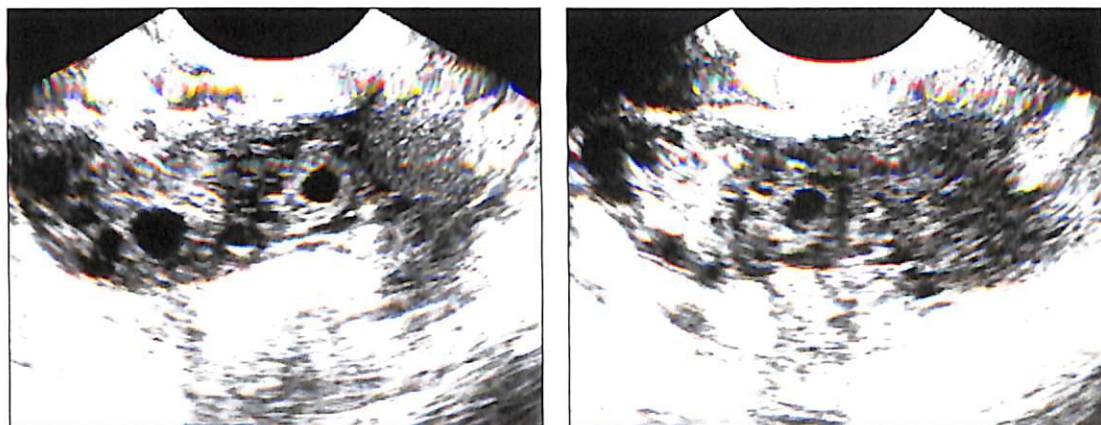


Рис. 1. Прогрессирующая трубная беременность, 3-4 НБ. Пример успешной визуализации очень небольшого эктопического Пл/Я.

Разные ракурсы ТВ-сканирования **М**, **Я** и параметрно-параовариального патологического жидкостного **О**.

Полость **М**: утолщенный до 12–13 мм Э, Пл/Я нет.

Правый **Я** — 30 × 18 мм, с множественными антральными фолликулами и мягкотканно-жидкостным ЖТ в медиальной части (лютеиновая полость 8 мм в Ø).

В процессе целеустремленного и пролонгированного поиска, с большими «техническими трудностями», между **М** и **Я** — почти вплотную к **М** и на расстоянии 4–6 мм от медиального края **Я** — обнаружено эктопическое Пл/Я: внутренний диаметр 6–7 мм, толщина стенок 3–4 мм. Вдоль наружных границ эмбриональной камеры видны множественные УЗ-сечения мелких параовариальных сосудов, прерывающихся у внешнего края хориальной капсулы; в области нижнего полюса Пл/Я и **Я** — просвет **К** с «грубыми» фекальными массами.

В данном случае основные затруднения эхографического поиска обусловлены очень небольшими размерами эктопического гравидарного объекта, величина амниона которого была лишь незначительно меньше лютеиновой полости в **Я**

и совсем чуть-чуть превышала просвет параовариальных сосудов и размеры антральных фолликулов. Можно с уверенностью утверждать, что эффективное выявление ВМБ стало результатом удачного сочетания следующих моментов: 1) близкого расположения **Я** по отношению к **М**; 2) того, что эктопическое Пл/Я локализовалось как раз между **М** и **Я**, а снизу было ограничено стенкой **К**; 3) высокой квалификацией исследователя, сумевшего не только заметить и доказать наличие справа от **М** незначительной по размерам параовариальной полости, но и опознать ее в качестве внематочного зародыша.

Существенным моментом, осложняющим поиск, обнаружение и идентификацию расположенной вне **М** эмбриональной камеры, является свойственное любому гравидарному процессу обогащение ангиоархитектоники параметральных и параовариальных (тубарных) отделов. Усиление сосудистого русла сопровождается не только нарастанием числа сосудов, но и увеличением их калибра в пределах 5–18 мм в Ø.

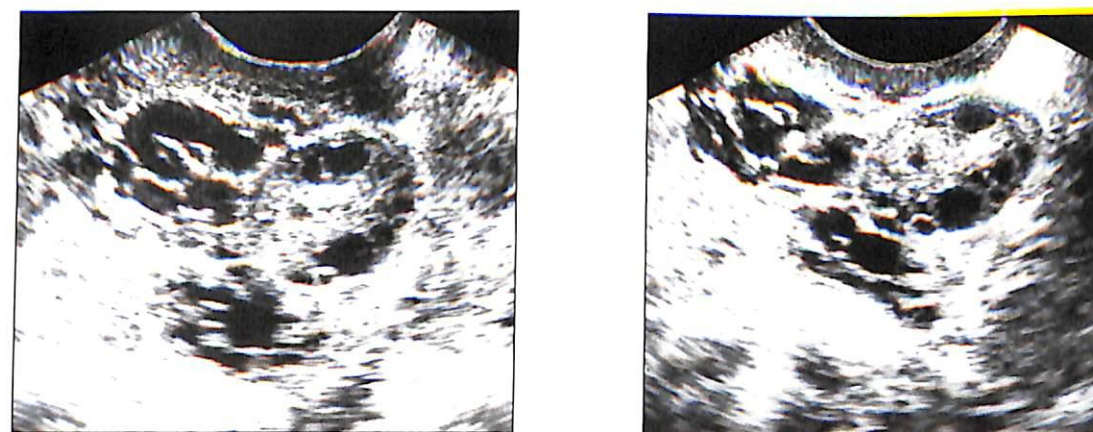


Рис. 2. Обогащение сосудистого русла левой параметральной области при беременности.

Несколько разные проекции левого **Я** и пространства между ним и **М**.

В области медиального края и нижнего полюса левого **Я** видны множественные сосудистые элементы трубчатой, овальной и округлой конфигурации, до 12 мм в Ø.

Величина поперечных и косых УЗ-сечений множественных расширенных сосудов соизмерима с размерами полости эктопического Пл/Я в сроки 3–5 НБ. Поэтому в случае выраженной гравидарно-сосудистой реакции идентифицировать эмбриональную камеру (увидеть и опознать — выделить ее среди других локальных жидкостных **О**) на таком фоне очень трудно, а зачастую невозможно. Конечно, максимальные затруднения имеют место в период до 4-5 НБ, когда структура амниона совершенно однородна. Внематочная грави-полость просто теряется («пропадает») среди многочисленных сосудистых элементов. Этому способствует еще и то, что суммарный эффект дорсального усиления от сосудов поглощает, «засвечивает» утолщенные до 4–5 мм стенки эктопического Пл/Я. Данное явление нередко сводит на нет такой диагностически важный симптом, как специфичное для ВМБ муфтообразное утолщение (свыше 3 мм) оболочки параовариального жидкостного **О**.

Вместе с тем, и при наличии сильно выраженного обогащения параметрально-параовариальных сосудов, в ряде случаев удается заметить на их фоне и достоверно опознать эктопический эмбриональный объект (иногда — даже несмотря на отсутствие в нем пульсирующего эмбриона). Но только если размеры амниона не менее 7 мм, а толщина капсулы превышает 4–5 мм.

В., 28 лет. Первое исследование выполнено при менструальной задержке 12 дней (мочевой тест на ХГ $\oplus$, жалоб нет), перед мини-абортом.

В полости М определяется утолщенный до 13–14 мм Э децидуального типа, без Пл/Я. Правый Я не изменен, в левом — функциональная полость, 15 мм в $\emptyset$. За пределами М патологических параовариальных О, подозрительных на ВМБ, не выявлено. Свободной жидкости в м/тазу нет. Обращают на себя внимание гиперемия сосудов миометрия и выраженное усиление сосудистого рисунка обеих параметрально-овариальных областей.

Налицо целый комплекс косвенных клинико-эхографических признаков беременности (задержка месячных, $\oplus$ гравид-тест, децидуальный Э, обогащение сосудистого русла), но главного гравидарного субстрата — Пл/Я (в М или вне М) или тубарной гематомы — не обнаружено. В связи с этим, а также с учетом отсутствия каких-либо тревожных симптомов на фоне относительно небольшой менструальной задержки пациентке предложено сделать контрольное УЗИ через неделю.

При повторном исследовании (задержка 19 дней, еще один тест на ХГ $\oplus$, жалоб нет): М, Э и Я — данные те же. Предпринят целеустремленный УЗ-поиск гравидарного объекта за пределами М, поскольку трудно было представить эконегативный вариант маточной имплантации при сроке гестации 4–5 или 5 НБ (хотя изредка встречаются и такие наблюдения). Показательный момент: первоочередное и самое пристальное внимание было направлено на изучение левой половины м/таза, где имела киста ЖТ Я, что позволяло отчасти локализовать зону максимального риска обнаружения ВМБ — слева от М.

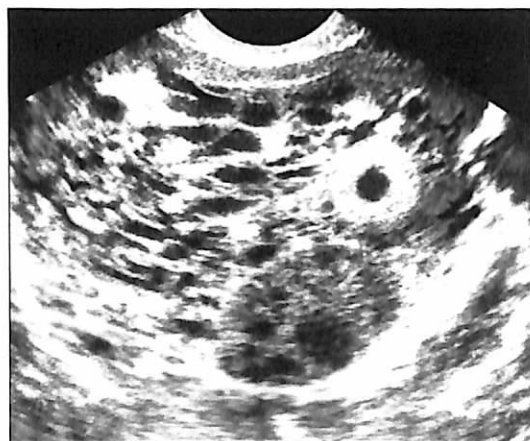


Рис. 3. Эктопическое Пл/Я на фоне резко обогащенного сосудистого русла.

Над левым Я (лоцируется в центре эхограммы, содержит кисту ЖТ), среди множества продольных, поперечных и косых УЗ-сечений параовариальных сосудов (3–10 мм в $\emptyset$), выявлено эктопическое Пл/Я — мягкотканно-жидкостное О, сферической формы, 20 мм в $\emptyset$: стенки его муфтообразно утолщены до 8 мм, замыкают однородный амнион, 9 мм в $\emptyset$.

Несомненно, что в наблюдении В. имеет место атипичный вариант ненарушенного прогрессирования ВМБ — не за счет нарастания объема амниона и развития в нем

нормальных эмбриональных структур (при гестационном сроке 5 НБ величина и строение амниона соответствуют 3 НБ), а в результате селективного роста хориона (существенного увеличения его массы). Это привело к значительному циркулярному утолщению капсулы Пл/Я, благодаря чему его и удалось отдифференцировать (при повторном УЗИ) от многочисленных элементов параовариального сосудистого русла, «обрывающихся» на уровне внешней границы гипертрофированной оболочки небольшой эмбриональной камеры.

Методика проведения дифференциации между эктопическим Пл/Я и сосудистым О приведена в соответствующих разделах II и III глав, но эту информацию полезно продублировать: главный отличительный признак, патогномоничный для сосудов, заключается в непостоянстве, вариабельности их УЗ-изображения, проявляющихся во время полипозиционной эхолокации. При изменении углов сканирования поперечные и косые (округлые и овальные) эхосрезы сосудистых элементов либо «распадаются» на несколько притоков, демонстрируя разветвленность строения, либо трансформируются в тубулярные жидкостные О, что отражает протяженный характер их просвета. В отличие от сосудов, патологическая параовариальная полость (киста, эктопическое Пл/Я, гидросальпинкс) сохраняет замкнутость контуров и постоянство конфигурации в любых УЗ-проекциях. При этом обогащенные в период беременности сосудистые ветви прерываются у внешнего края патологического очага, тем самым иногда (рис. 3) даже подчеркивая его контуры. Если же одновременно выявляется симптом равномерно утолщенных (более 3 мм) стенок камеры, а после 4–5 НБ — пульсирующий эмбрион внутри нее, то это позволяет, при наличии других гравидарных признаков и отсутствии эмбрионального объекта в М, с определенной долей уверенности высказаться в пользу ВМБ.

Наибольшие из объективных трудностей в процессе распознавания ВМБ связаны с негативным влиянием кишечника. Петли К (прямая кишка, ректосигмоидный отдел и дистальная часть нисходящего отдела толстой кишки, сигма, а также подвздошная часть тонкого кишечника) занимают превалирующий, по сравнению с репродуктивными органами, объем полости м/таза. Они располагаются преимущественно в заднем и боковых отделах — там же, где проходят трубы. Кишечные петли почти со всех сторон окружают яйцеводы, стенки их на значительном протяжении соприкасаются. Однако, в отличие от эхографически невидимых МТр, стенки и просвет К лоцируются вполне отчетливо в виде довольно массивных, «грубых» анатомических О трубчато-полостного типа, с волнистыми контурами и неоднородным содержимым. Кишечные петли являются обязательным фоновым (естественным) артефактом, неизменно осложняющим процесс эхолокации м/таза. Нередко они служат серьезным препятствием для отчетливой визуализации Я, а при обзорном УЗИ — даже М; и конечно же, затрудняют обнаружение и оценку всех небольших патологических параметрально-параовариальных О. В первую очередь, это касается локализуемого в МТр зародыша. Содержащиеся в К фекальные массы (самых разнообразных размеров, плотности и строения), газ и жидкость экранируют, перекрывают, заслоняют эктопическое Пл/Я и тем самым крайне затрудняют его поиск и идентификацию. А зачастую делают эту задачу невыполнимой. При этом сложности эхолокации усугубляются свойственным внематочной имплантации парезом кишечника, вызывающим избыточную «загазованность» кишечного просвета и скопление там большого количества неоднородной жидкости и плотных фекальных масс. Зачастую расширенные и извитые петли К блокируют целые регионы полости м/таза. Причем именно те, в которых обычно располагаются МТр и, соответственно, где наиболее велика вероятность обнаружения внематочного эмбрионального объекта.

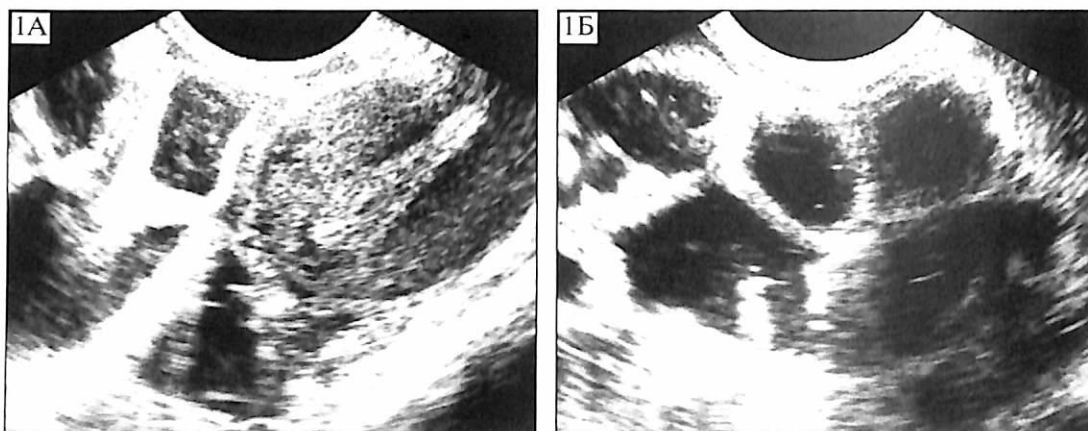


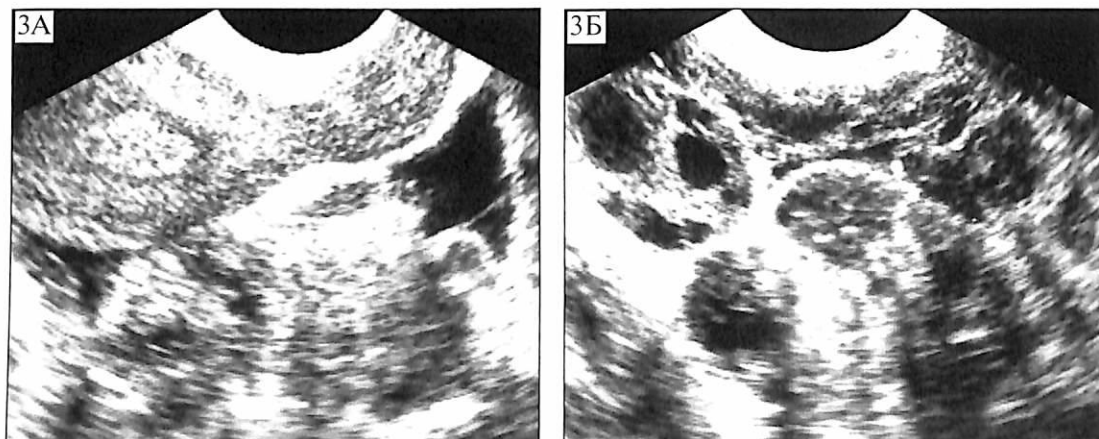
Рис. 4. Три примера резко выраженного экранирующего воздействия **К** на процесс эхолокации разных объемов полости м/таза.



1А. Поперечно-косая УЗ-проекция **М** и правой половины м/таза. Расширенные и резко сегментированные петли толстой кишки (с утолщенными стенками), содержащие грубодисперсную жидкость, блокируют правую параметральную область и частично позадиматочное пространство.

1Б. Аналогичная картина слева от **М**.

2. Поперечная эхограмма **М** и левой половины полости м/таза. Заполненный жидкостью просвет **К** перекрывает левую параметральную полость и большую часть позадиматочного пространства. Стенки **К** почти вплотную «прилежат» к боковой и задней поверхности **М**.



3А. Продольный эхосрез **М** и **ШМ**. Позадиматочное пространство заблокировано резко расширенной ампулой прямой **К**, с массивными скоплениями плотных фекальных масс в просвете (в дистальной части — жидкость).

3Б. Нижняя часть правой параовариально-параметральной области (правый **Я** — в левом верхнем углу эхограммы) перекрыта дистальной частью сигмы, содержащей неоднородную воздушно-жидкостную среду, в которой взвешены фрагменты fecies.

Разумеется, заметить на таком фоне эктопическое Пл/Я очень трудно (особенно в сроки 3–5 НБ), а чаще всего — невозможно. Можно с уверенностью утверждать, что фактически работа эхографа, направленная на поиск, обнаружение и идентификацию внематочной эмбриональной камеры, как минимум на 80% состоит в «борьбе» с негативным, экранирующим влиянием **К**. Создается впечатление, что стенки и неоднородный просвет кишечных петель как будто нарочно заслоняют, перекрывают, можно сказать, прячут от исследователя искомый объект. Или наоборот — само эктопическое Пл/Я как бы исчезает, ускользает от диагноста, скрываясь среди наслаивающихся на него элементов **К**.

Для преодоления экранирующего эффекта со стороны **К** ему необходимо противопоставить не только обязательно направленный и полипозиционный, но и чрезвычайно внимательный и методичный эхографический поиск.

Перед его началом весьма полезно определить локализацию ЖТ-беременности — в правом или левом **Я**. Ведь почти во всех наблюдениях эктопическая имплантация развивается на стороне овуляции. Следовательно, дислокация ЖТ прямо указывает на сторону возможного поражения и, таким образом, значительно облегчает диагностическую задачу, конкретизируя (справа или слева от **М**) область максимального интереса. Отчетливо визуализировать ЖТ-беременности в период от 3 до 6 НБ удается в 58–86% случаев. Существует три модификации УЗ-строения гравидарного лютеинового **О**, из которых наиболее известна кистозная форма. Однако чаще встречается мягкотканно-жидкостное (кистозно-солидное) или мягкотканное ЖТ.

В период БРС оно представляет собой овальное или округлое **О**, отличающееся от мозгового вещества **Я** повышенной эхоплотностью. Наибольший размер, как правило, не превышает 20 мм (за исключением кистозной формы). На границе с окружающей ЖТ овариальной тканью почти всегда видна узкая кра-

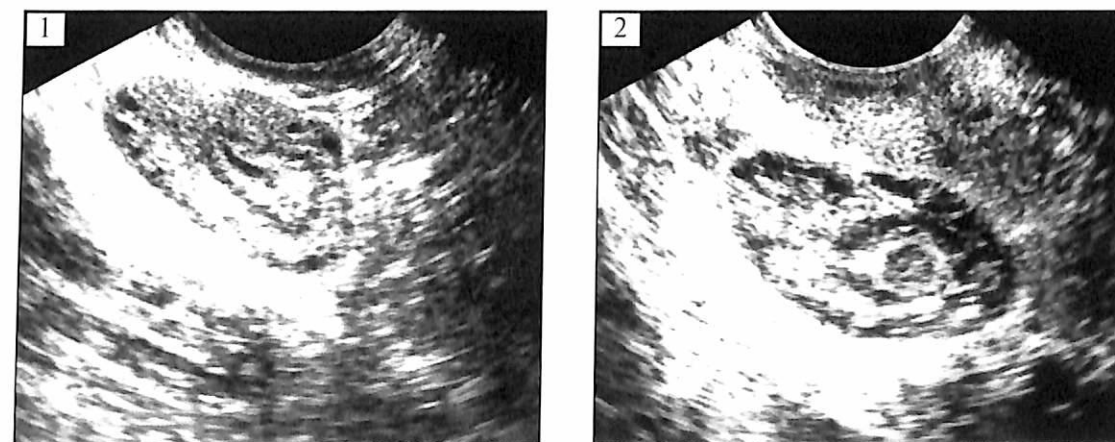
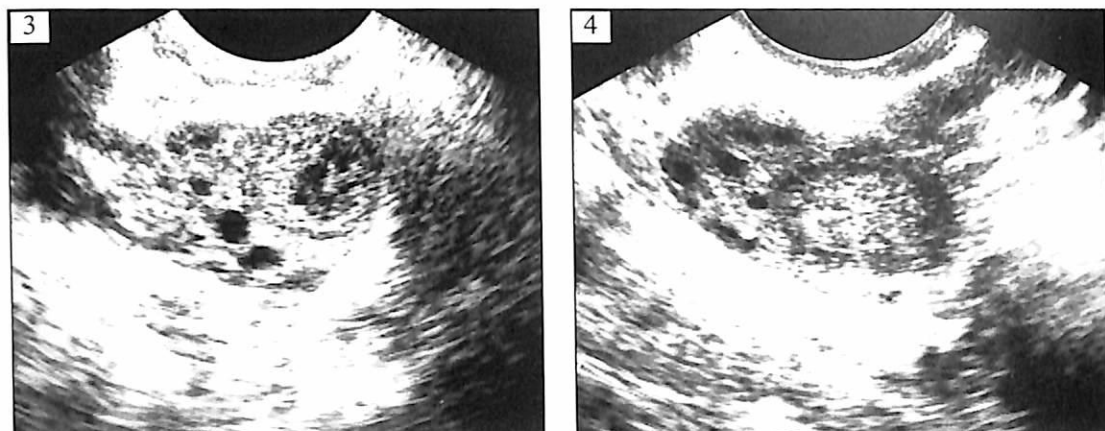


Рис. 5 (1–4). Наиболее типичные варианты УЗ-изображения ЖТ-беременности (рис. 5.3 и 5.4 на с. 312).



вая зона пониженной интенсивности (следствие гиперваскуляризации). Чаще всего в центре лютеинового **О** определяется щелевидный (рис. 5.1) или округлый (рис. 5.2 и 5.3) участок «разрежения» с полужидким содержимым — остаточная (после овуляции) полость со сгустками крови. Реже структура ЖТ-беременности однородная (рис. 5.4) — эхопозитивная ткань, более плотная, чем мозговое вещество **Я**.

В процессе изучения состояния **М** и **Я** уточняется их дислокация в полости м/таза (в первую очередь — **Я**) и анатомические взаимоотношения, фиксируются внешние границы. Это необходимо для выбора оптимальных зон эффективного прицельного сканирования — областей, в которых вероятность «встречи» с эктопическим Пл/Я максимальна. Информация о «зонах риска» выявления перешеечной и ампулярной трубных имплантаций приведена в главе II. Как правило, данные объемы в той или иной степени заняты или даже блокированы изображением разных отделов **К**, среди которых находится, можно сказать — «спрятана», внематочная эмбриональная камера.

После решения топографических вопросов выполняется самая сложная часть исследования — направленный поиск Пл/Я за пределами **М**. Если его изображение не выявляется рядом с наружными контурами **М** и **Я**, в непосредственной близости от них, то последующие действия эхолога можно обозначить как эхолокацию петель **К** с целью обнаружения между ними гравидарного жидкостного **О**.

Для этого сканирующая поверхность УЗ-датчика плавно смещается в поперечном (относительно продольной оси **М**) направлении от воображаемой вертикальной линии, проходящей по латеральному краю **Я** — до боковой поверхности **М**, или наоборот*. Нижняя граница исследуемого объема проходит в области проксимальной части перешейка **М**, а верхняя ограничена уровнем дна **М** или, если один из **Я** располагается над **М** (чаще левый, особенно когда **М** находится в retroflexio), — верхним полюсом данного **Я** (и выше). Иначе говоря, производит-

ся горизонтальное сканирование полости м/таза в пространстве между указанными ориентирами; причем по нескольким последовательным уровням, каждый из которых проходит выше или ниже предыдущего.

Изучение позадиматочного пространства осуществляется в продольных и продольно-косых проекциях.

Целесообразно начинать исследование с правой половины полости м/таза, так как правая **МТр** наиболее подвержена эктопической имплантации. Затем лоцируется позадиматочное пространство и левая параметрально-параовариальная область. Конечно же, сканирование проводится по всей глубине исследуемого анатомического объема, с преимущественным изучением задних отделов, где обычно находится **МТр**.

В процессе постепенного поперечно-вертикального смещения датчика, проводимого в основном с помощью поступательно-веерообразных движений и изменения углов наклона, исследователь постоянно фиксирует внимание на характере стенок и содержанием просвета **К**, попадающих в проекцию сканирования и занимающих большую часть лоцируемого пространства. При выполнении указанных действий в плоскость эхолокации периодически попадают поперечные и поперечно-косые эхосрезы сосудов, которые исключаются из «зоны диагностического интереса» путем дополнительных манипуляций датчиком (например — вращение и др.), показывающих разветвленно-протяженное строение сосудистых **О***.

Что же касается эктопического Пл/Я, то его изображение почти всегда появляется внезапно, — на каком-либо из этапов горизонтально-вертикального «УЗ-прочесывания» оно как бы «выныривает» из-за стенки (внешнего контура) **К** или же неожиданно возникает на фоне ее просвета, если **К** в данном месте изгибается. Стоп-кадр. Это решающий, ключевой эпизод исследования. «Момент истины» — локализующийся в **МТр** зародыш замечен! Но пока еще нельзя утверждать, что обнаружен достоверно. Факт наличия Пл/Я в **МТр** должен быть подтвержден, доказан серией повторных визуализаций его в том же месте и в том же виде, как и при первом выявлении. Повторяемость УЗ-находки (правило повторяемости эхопризнака) является неотъемлемым атрибутом распознавания трубной имплантации. Во время дополнительных эхолокаций уточняются оптико-акустические свойства патологического очага, и, после сопоставления их с состоянием полости **М** и результатами клинко-лабораторного обследования, устанавливается гравидарный характер параметрально-параовариального жидкостного **О**. Все перечисленные выше элементы исследования неразрывно связаны между собой и совершенно необходимы для обоснованного принятия столь ответственного решения, как диагноз ВМБ.

1. Задержка месячных 15–16 дней. Мочевой тест на ХГ $\oplus$. В течение последних 5–6 дней отмечает периодические мажущие выделения из половых путей, темного цвета.

* Обычно эффект поперечного сканирования получается с помощью веерообразных движений датчиком, когда «головка» его описывает плавную дугу в горизонтальной плоскости; или же, если короткие веерообразные «пассы» сочетаются с подтягиванием инструмента на себя или продвижением вперед, — то тогда лоцирующая поверхность двигается «ступенеобразно» или по синусоиде.

* Регламентировать или даже точно описать особенности «рабочей» кинематики ТВ или трансабдоминального УЗ-датчиков невозможно. Эти манипуляции сугубо индивидуальны, чрезвычайно многообразны и складываются из комплекса боковых смещений, поступательных движений, перемещений вверх и вниз, поворотов и наклонов.

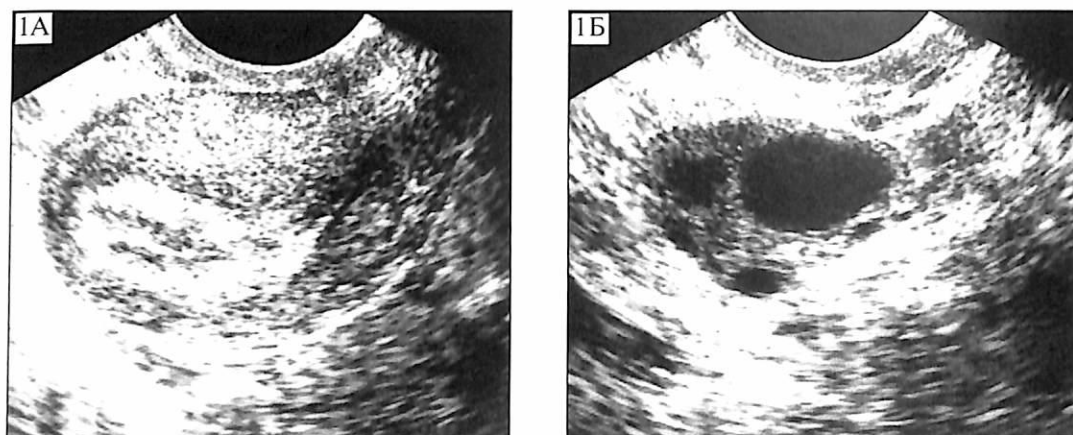


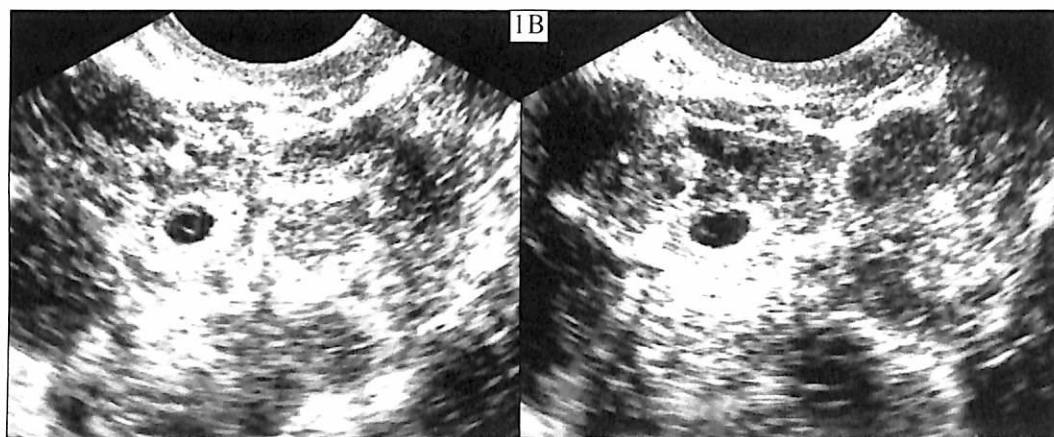
Рис. 6. Два наблюдения прогрессирующей трубной беременности, демонстрирующие трудности визуализации эктопического Пл/Я среди окружающих его петель К.

1А. М: содержит децидуальный Э толщиной 14–15 мм, без Пл/Я.

1Б. Правый Я с кистой ЖТ, 20 × 14 мм.

Отсутствие Пл/Я в М при менструальной задержке, соответствующей 4, 4-5 НБ и ⊕-тест на ХГ, а главное — наличие жалоб на скудные темные выделения свидетельствовали о высоком риске трубной имплантации и, следовательно, о необходимости проведения направленного поиска внематочного гравидарного объекта. Однако в непосредственной близости от М и Я (и в позадиматочном пространстве) патологического О, подозрительного на ВМБ, не определялось. Свободной жидкости в полости м/таза нет.

Начато углубленное горизонтально-послойное сканирование правой параметральной области (кистозное ЖТ в правом Я!) с постепенным перемещением вверх поперечно движущегося датчика.

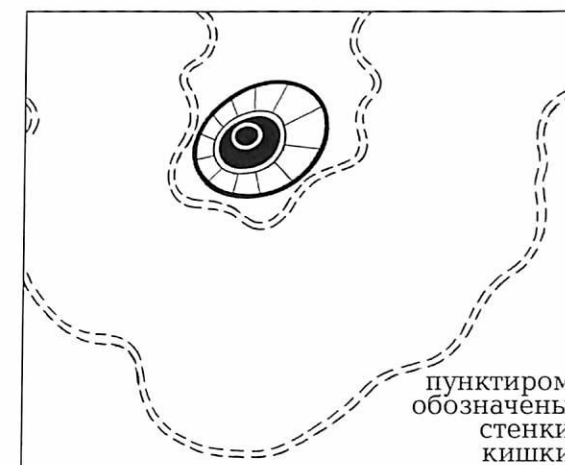


1В. Изолированные (без УЗ-изображения М и Я) прицельные эхограммы эктопического Пл/Я.

На одном из этапов поперечной эхолокации, при продвижении датчика по ходу К замечено патологическое жидкостное О (локализация — в заднем отделе правой половины м/таза, на уровне средней трети тела М, примерно на одинаковом расстоянии от М и Я). Это длилось буквально одно мгновение, во время которого содержащая жидкость небольшая овариальная полость как будто «выпрыгнула» из-за передне-верхней стенки К. Первичное видение объекта продолжалось не более нескольких секунд, так как О сразу исчезло по мере дальнейшего смещения сканирующей плоскости. После этого момента указанные выше действия

были повторены многократно — с одинаковым результатом. Изображение параметрально-параовариальной полости зафиксировано, изучено и опознано в качестве внематочной эмбриональной камеры, 4-5 НБ: амнион 9 × 6 мм, содержит кольцевидный желточный мешок; толщина стенок от 2 до 5 мм. Рядом с эктопическим Пл/Я — снизу, справа и слева — стенки К, просвет которой (шириной до 35 мм) заполнен разнородными твердыми включениями и, частично, жидкостью.

Как видно на эхограммах 1В, внематочный зародыш почти со всех сторон окружен сигмовидной К. Он буквально «спрятан» («притаился») в одном из ее изгибов и был обнаружен исключительно благодаря проведению методически грамотного и упорядоченного исследования, осуществляемого целеустремленно, скрупулезно и без спешки.



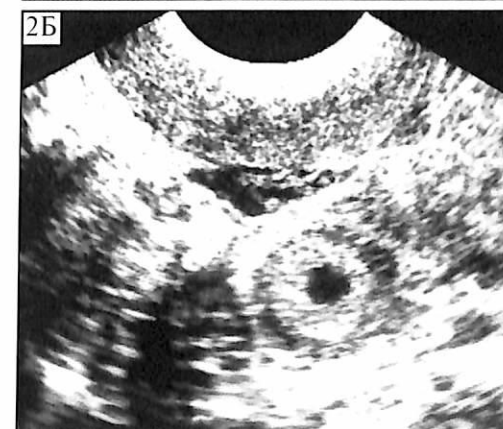
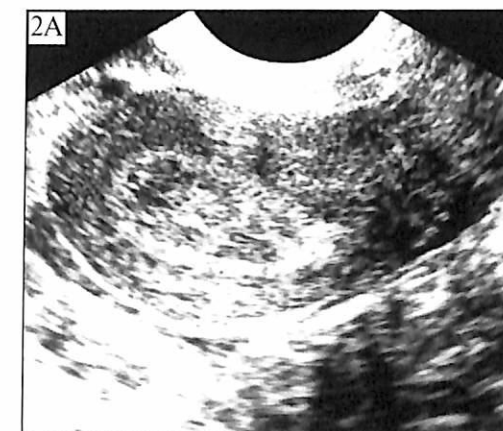
2. УЗИ перед медикаментозным прерыванием БРС. Задержка 12 дней, грави-тест ⊕.

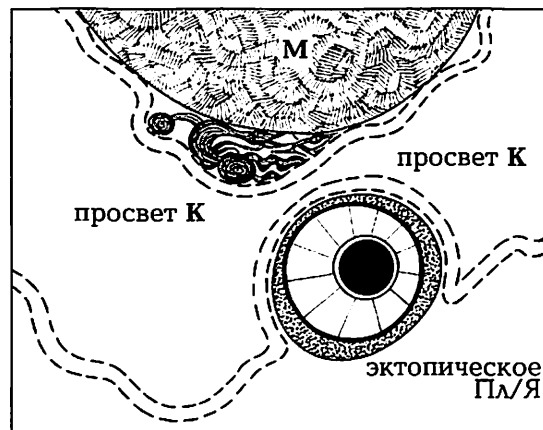
2А. М содержит утолщенный до 15–16 мм Э гравидарного типа, но без Пл/Я.

Левый Я без особенностей, в правом — мягкотканное ЖТ (что позволило сразу определить приоритетную зону направленного исследования на предмет возможной ВМБ — справа от М). Рядом с правым Я и в позадиматочном пространстве О, подозрительных на трубную беременность, не выявлено. Данных за кровоизлияние в полость м/таза нет. Обе параметральные области и позадиматочное пространство блокированы расширенными до 40 мм петлями К, содержащими большое количество неоднородной жидкости, а также глыбчатые и дисперсные фекальные массы.

Выполнено горизонтально-вертикальное сканирование правой половины м/таза, осуществляемое путем смещения датчика от Я к М с постепенным понижением уровня локации.

2Б. При выполнении одной из таких манипуляций (на уровне нижней трети тела М), во время движения инструмента вдоль просвета К, на фоне крупно-глыбчатых плотных фекальных масс и жидкости со взвешенными в ней эхопозитивными частицами, — внезапно появилось изображение абсолютно замкнутой,





обособленной от просвета К, округлой полости. Это эктопическое Пл/Я: внутренний диаметр полости 7–8 мм, стенки муфтообразно утолщены от 4 до 7 мм, в амнионе однородная жидкость, общие размеры — 18 мм в Ø. Вокруг внешних границ хориальной оболочки видна циркулярная зона (ободок) пониженной плотности (симптом двухконтурности). Вплотную к ней, почти по всей окружности эмбриональной камеры (кроме нижнего полюса), располагаются стенки К.

Дополнительные детали эхокартины: в верхней части эхограммы прослеживается попавший в УЗ-сечение сегмент боковой части М; в центре, между краем М и К, видны эхосрезы сосудов; в остальных отделах стен-

ка К прилежит к поверхности М; расстояние от края М до Пл/Я 10 мм.

На эхограмме 2Б создается обманчивое впечатление, что внематочное Пл/Я локализуется внутри К, среди окружающих его глыбчатых фекальных масс и жидкости. Конечно, это не так. Просто участок трубы с имплантированным в ней зародышем несколько вдаётся в просвет К, стенки которого плавно огибают патологический очаг. Именно поэтому на аксиальном УЗ-срезе возникает ложная картина «внутрикишечного Пл/Я».

Характерная особенность исследования. На первом этапе эхолокации, во время изучения внешнего контура М и близлежащих тканей, эктопическое Пл/Я не было обнаружено (хотя оно дислоцируется всего лишь на расстоянии 9–10 мм от М). Это удалось сделать только с помощью попеременно-послойного, разноуровневого сканирования К.

Приведенные примеры показывают эффективность упорядоченного, горизонтально-вертикального сканирования довольно обширных отделов м/таза, свободных от М и Я и преимущественно занятых петлями К. Этот способ может быть рекомендован в качестве обязательного этапа УЗИ по поводу предполагаемой ВМБ. Собственно говоря, поиск эктопического Пл/Я во многом сводится к изучению К, во время которого осуществляется непрерывная дифференциация между стенками и содержимым просвета кишечника и симптомами трубной нидации. Эта, кажущаяся такой простой (а иногда даже смешной) задача в действительности очень сложна и в большинстве случаев прогрессирующей ВМБ неразрешима. Диагностические трудности, связанные с «кишечным фактором», дуалистичны. В первую очередь — это уже упомянутый экранирующий эффект, когда стенки К и заполняющие просвет фекальные массы и жидкость перекрывают небольшую эмбриональную полость, размеры которой ничтожно малы по сравнению с окружающими ее кишечными петлями. Одновременно с этим имеет место своего рода мимикрия — изображение Пл/Я теряется (скрывается, исчезает) среди глыбчатых фекальных масс, по величине и плотности значительно превосходящих хориальную оболочку, и жидкости в незанятых fecies участках К, количество которой многократно превышает «скромный» объем амниона. Одним словом, у многих больных эктопический гравидарный объект неотличим от содержимого К, а у других — поисковый дифференциальный процесс весьма затруднен. Лишь в единичных наблюдениях, когда более или менее крупный эктопический зародыш располагается в непосредственной близости от М или Я, а просвет К

относительно свободен (что бывает редко) и, к тому же, отмечается незначительная выраженность гравидарно-сосудистой реакции, — УЗ-распознавание ненарушенной ВМБ происходит сравнительно легко и быстро. К сожалению, подобные случаи относятся к счастливым исключениям из общей закономерности.

В то же время, в отличие от содержимого К, локализующееся в МТр Пл/Я имеет ряд УЗ-морфологических особенностей, которые и определяют возможность его выявления.

- Внематочная гравидарная полость имеет абсолютно замкнутый характер (закрытый контур) и потому, в виде дополнительного жидкостного О, округлого или овального, выделяется на фоне внутрикишечной жидкости (однородной или со взвешенными в ней частицами fecies). Данный объект никак «не вписывается» в общую картину просвета и стенок К и поэтому может быть замечен при направленной эхолокации.
- Отличительной чертой эктопического Пл/Я является неподвижность его УЗ-изображения. Так, если содержимое К, как правило, постоянно двигается под влиянием перистальтических волн, потоков газа и жидкости, то гравидарная камера находится как бы в застывшем состоянии. При фиксированном положении датчика (в проекции объекта) можно наблюдать, как полиморфные фекальные массы и жидкость (в меньшей степени стенки К) довольно свободно перемещаются относительно внешнего контура патологического очага. Особенно хорошо симптом смещаемости стенок и содержимого К по отношению к Пл/Я определяется в процессе выполнения дозированных тракций датчиком или при бимануальном исследовании.
- Стабильность УЗ-картины. Изображение объекта и его оптико-акустические свойства — жидкостное О с утолщенными свыше 3–4 мм стенками (после 4–5 НБ, с эмбрионом и желточным мешком в амнионе) — не изменяются на протяжении всего полипозиционного исследования.

Как уже неоднократно отмечалось и что хорошо известно каждому опытному специалисту, эходиагностика прогрессирующей ВМБ (и в значительной степени — нарушенной трубной беременности) заключается в регистрации и оценке микросимптомов; причем «замаскированных» от взгляда исследователя, что обусловлено как небольшими размерами объекта, так и постоянным неблагоприятным воздействием естественных фоновых помех. Разумеется, выявление и верификация такого О возможны только при сочетании целого ряда условий: методичности и скрупулезности направленного эхографического поиска; умения врача проводить точную анатоно-нозологическую дифференциацию — определять и отсеивать посторонние, несущественные детали и параллельно выделять специфические, квалификационные для искомой патологии признаки; высокой степени объективности и сосредоточенности — собранности и внимательности; способности по нескольким фрагментам эхокартины составлять четкое представление о целом; и многих других, уже упомянутых в предыдущих главах диагностических качеств и принципов. Это очень трудный и ответственный процесс, складывающийся из поиска, обнаружения и идентификации, как правило,

завуалированных экосимптомов, характеризующих весьма ограниченный по величине параметрально-параовариальный объект, — «спрятанный» в довольно большом объеме лоцируемого пространства, экранируемый стенками и просветом К, иногда неотличимый от поперечных сечений сосудов; а в совокупности — зачастую сливающийся с окружающими его тканями. Каждое подобное исследование является настоящим испытанием для эходиагноста — своеобразным экзаменом на профессиональную зрелость, в котором он должен проявить не только настойчивость, способность к самоконтролю и виртуозную технику эхосканирования, но и отшлифованную ежедневной работой гипертрофированную наблюдательность, а также (что немаловажно) умение «докапываться» до сути явления.

Абсолютно ясно, что главный элемент эходиагностики трубной беременности — это, несомненно, факт первичной визуализации локализованной вне М эмбриональной камеры. Причем для достижения успеха все манипуляции УЗ-датчиком в процессе направленного полипозиционного поиска нужно выполнять медленно, без спешки. Только при плавном, замедленном темпе изменения положений сканирующей плоскости можно заметить «пересекаемый» или, иначе говоря, попадающий в УЗ-проекцию небольшой объект. Тем более такой «неубедительный» по своим эхографическим качествам, не имеющий видимых при УЗИ анатомических ориентиров и постоянно перекрываемый стенками и просветом К, как эктопическое Пл/Я. Слишком энергичные, быстрые и резкие или даже суетливые движения датчиком неэффективны — патологический очаг просто «проскакивает», ускользает от внимания исследователя, который оказывается не в состоянии увидеть, заметить искомое О — выделить его среди других, постоянно меняющихся деталей эхокартины, поскольку зрительный анализатор не успевает адекватно отреагировать на чересчур быструю смену оптико-акустических образов. Практикуемая многими специалистами (особенно в критической, неясной ситуации) «суета» УЗ-датчиком бесполезна и даже вредна, так как резко снижает результативность и без того очень сложного поиска и, как правило, делает невозможным достижение конечной цели.

Вместе с тем, нецелесообразно и чрезмерно затягивать время проведения исследования. Дело в том, что направленный УЗ-поиск эктопического Пл/Я требует от эходиагноста значительного напряжения, максимальной концентрации на многочисленных деталях постоянно меняющейся эхокартины — дискретных и динамичных образах, «мелькающих» перед ним на экране прибора. В связи с этим зрительный анализатор довольно быстро устает, внимание рассеивается (глаз «замыливается»).... Соответственно, при пролонгированном сканировании врач уже не может уловить все нюансы динамического УЗ-изображения. Установлено, что оптимальная продолжительность столь напряженной работы не должна превышать 10–15 мин. При продолжении эхолокации свыше этого времени эффективность исследования стремительно падает — эхографический поиск становится бессмысленным.

Также не стоит «увлекаться» пальпаторно-тракционным способом сканирования. Смещения анатомических структур м/таза при пальпации через переднюю

брюшную стенку в ряде случаев создают дополнительные динамические помехи, еще больше затрудняющие процесс дифференциального анализа множественных и подвижных изображений. Кроме того, во время чересчур энергичных пальпаторно-тракционных смещений искомый объект может быть просто вытеснен, «вытолкнут» из поля зрения исследователя.

К разряду объективных затруднений УЗ-диагностики прогрессирующей ВМБ (т.е. — трудностей, существующих независимо от собственно эходиагноста) можно отчасти отнести и фактор, так сказать, предвзятого (а может быть неадекватного?) отношения большинства специалистов к данной проблеме. Оно базируется на широко распространенном мнении о том, что распознавание прогрессирующей трубной беременности возможно только в случае обнаружения за пределами М Пл/Я с пульсирующим эмбрионом; следовательно — лишь после 5 НБ. Однако посещаемость УЗ-кабинетов в эти сроки не превышает 20% от всех женщин, обращающихся на УЗИ по поводу БРС. Соответственно, реальная частота эхографически верифицируемой ненарушенной эктопической имплантации составляет не более 8–10%. Подобная установка пагубно сказывается на диагностическом процессе, так как исключает из «ареала» УЗ-выявляемости многочисленные случаи трубной нидации в период с 3 до 4-5 НБ, составляющие подавляющее большинство первичных обращений на УЗИ. Нельзя забывать и о деморализующем, расслабляющем влиянии негативной базовой информации: если на протяжении многих лет врачам-УЗИ внушается (и «авторитетно» обосновывается) мысль о нереальности визуализации эктопического Пл/Я в сроки до 5 НБ, то это автоматически переносится ими на практическую деятельность... и тогда, при небольших сроках гестации, УЗ-поиск симптомов трубной имплантации осуществляется формально или даже не производится вовсе. Отсюда, в определенной степени, — крайне низкий уровень диагностики ВМБ. Ведь не секрет, что никто не может решить задачу, если заранее убежден в обреченности таких попыток. Вот довольно типичная ситуация, когда из-за бездумного следования устаревшим догматам (стереотипам врачебного мышления) страдает *дело*... со всеми вытекающими из этого последствиями для больных.

Объективные трудности, всегда сопутствующие эходиагностике ненарушенной трубной имплантации, наиболее велики в период с 3 до 5 НБ, когда размеры полости Пл/Я и толщина хориальной оболочки минимальны, а в амнионе еще нет изображений эмбриона и желточного мешка. В то же время, абстрагируясь от последнего из перечисленных неблагоприятных факторов, можно смело утверждать, что для любого эхолога со специфическим акушерско-гинекологическим стажем в пределах 3–5 лет вполне реален 30%-й показатель ранней (до 5 НБ) выявляемости прогрессирующей ВМБ. У более опытных и искушенных специалистов, работающих с соблюдением правила постоянной ВМБ-настороженности* и использующих в своей практике предлагаемые диагностические

* При обследовании всех женщин репродуктивного периода жизни, которые не применяют надежной контрацепции и обращаются на УЗИ с субъективной (и объективной) симптоматикой гравидарного типа.

принципы, алгоритмы и методические приемы, этот показатель достигает 50% и выше (до 70%).

Приводимые здесь цифровые значения успешного распознавания прогрессирующей эктопической беременности значительно выше тех же данных, представленных в главе II. Это связано с тем, что если последние отражают (более или менее объективно) действительное положение дел в большинстве УЗ-кабинетов, то предлагаемые в настоящем разделе показатели 50–70% характерны только для работы наиболее «продвинутых» специалистов. Или, скажем так, обозначают относительно идеальный вариант развития «диагностических событий», который, между тем, доступен почти для любого (с поправкой на стаж) врача-УЗИ, постоянно занятого в сфере акушерско-гинекологической помощи.

Целесообразно напомнить, что негативные результаты УЗИ (гиподиагностика прогрессирующей эктопической имплантации) в количественном отношении значительно преобладают над сравнительно редкими случаями эффективной ранней диагностики, когда максимальные значения показателя УЗ-выявляемости колеблются в пределах 18–30%. В то же время ретроспективный и независимый (в том числе и от предвзятости автора) анализ свидетельствует, что действительная частота успешных эхографических верификаций ненарушенной трубной беременности в сроки от 3 до 5 НБ обычно составляют $10 \pm 12\%$. И только у незначительного числа эходиагностов, в течение длительного времени творчески занимающихся этой проблемой, показатель ранней выявляемости ВМБ достигает 50–70%.

Интересно попытаться проследить в динамике (хотя бы на протяжении 1–2 нед.) те наблюдения ненарушенной ВМБ, в которых при первичном УЗИ на гестационных сроках 3–5 НБ эктопического Пл/Я обнаружить не удается.

Развитие клинической симптоматики и характер результатов повторного исследования определяются тремя основными моментами: 1) сроком эктопической беременности при первичном обращении на УЗИ, довольно надежным маркером которого является (правда, не всегда) длительность менструальной задержки; 2) патогенетическим типом течения заболевания, или, иначе говоря, уровнем имплантации в МТр (истмический или ампулярный отделы); 3) разрешающей способностью метода. В связи с наличием многих разнородных предвходящих условий число модификаций динамической клинко-эхографической картины огромно и недоступно детальному обзору.

Однако на некоторых наиболее характерных тенденциях стоит остановиться отдельно.

□ К сожалению, при ВМБ наиболее типичный вариант данных контрольного УЗИ — опять же отрицательный результат. Не менее чем в 55–67% наблюдений при повторном исследовании симптомов эктопической имплантации не выявляется. Причем независимо от локализации зародыша в МТр и фазы заболевания — прогрессирующая беременность или трубный аборт. Вместе с тем, сам по себе факт дополнительной констатации отсутствия Пл/Я в М, особенно если при втором исследовании предполагаемый гравидарный срок превышает 4 недели (задержка месячных более 2 нед.), косвенно свидетельствует о значительной вероятности трубной нидации... даже при отсутствии прямых УЗ-признаков и субъективных проявлений таковой.

У ряда больных с эконегативной (при обоих УЗИ) формой ампулярной имплантации в течение недельного промежутка между двумя исследованиями могут развиваться клинические симптомы (чаще всего — мажущие темные выделения, реж — боли или сочетание болей с вялотекущей метроррагией), наблюдающиеся как при подостром или хроническом трубном аборте, так и при прогрессирующей ампулярно-трубной беременности. Указанные явления, появившиеся в процессе динамического наблюдения или уже присутствующие у пациентки до первого сканирования, наряду с другими гравидарными симптомами и отсутствием Пл/Я в полости М, позволяют довольно обоснованно сформулировать показания к госпитализации с подозрением на ВМБ... несмотря на то что во время повторного эхосканирования прямых симптомов эктопической нидации (Пл/Я или тубарной гематомы) не найдено.

В некоторых наблюдениях, аналогичных приведенному выше варианту, при контрольной эхолокации в полости м/таза может быть обнаружена свободная жидкость; как правило — небольшое количество и, преимущественно, позади М или в задне-нижних отделах параметральных областей. В ситуации, когда вне М собственно гравидарно-тубарного О не видно, указанный признак может расцениваться как следствие нарушения трубной беременности. Но только, если ограниченное жидкостное скопление имеет явно геморрагический (дисперсный) характер и/или сочетается с соответствующей субъективной симптоматикой и косвенными клинко-лабораторно-эхографическими показателями гравидарного состояния. В противном случае указанный эхосимптом нельзя трактовать подобным образом, так как незначительный объем свободной жидкости может определяться при воспалительном процессе, апоплексии Я, самоопорожнении фолликулярной полости, а также при гиперэстрогении и даже иногда сопутствует физиологической имплантации на ранних сроках.

Первое УЗИ при менструальной задержке 11 дней, грави-тест ⊕. В настоящее время жалоб нет, но в течение «безменструального периода» женщина дважды отмечала кратковременные мажущие выделения темного цвета.

В М — утолщенный до 17–18 мм Э децидуального типа, Пл/Я нет. Правый Я без особенностей, в левом — мягкотканное ЖТ. Свободной жидкости в полости м/таза нет. *Относительно небольшая продолжительность «физиологической аменореи», гравидарный генез которой подтверждался ⊕-тестом на ХГ, позволяла, в первую очередь, думать об эконегативной форме маточной имплантации. В то же время анамнестические сведения о мажущих темных выделениях в сочетании с отсутствием УЗ-изображения Пл/Я в М при гестационном сроке 3–4 НБ вызвали вполне оправданные опасения о возможности трубной нидации; скорее всего — слева, так как ЖТ лоцировалось именно в левом Я.* Осуществлен направленный поиск гравидарного объекта (Пл/Я, Пл/Я и околозародышевой гематомы, тубарной гематомы) за пределами М → безрезультатно. Пациентке предложено динамическое УЗ-обследование.

Через одну неделю.

Из повторного собеседования с больной выяснилось, что за несколько дней до контрольного сканирования появились непостоянные, нерезко выраженные ноющие боли внизу живота, слева. Также был отмечен еще один эпизод вялотекущей метроррагии.



Рис. 7. УЗИ в динамике. Визуализация, на втором этапе обследования, свободной жидкости (крови) в полости м/таза, в то время как собственно эктопического гравидарного объекта не определялось.

М (в retroflexio) несколько больше нормы, сосудистый рисунок миометрия усилен. В полости **М** — децидуальный **Э**, 20 мм, трехслойного строения (со слабо выраженной разделительной линией в центре), без **Пл/Я**. Позади **М**, с переходом на каудальную часть левой параметральной области, обнаружена свободная жидкость (= 6–7 мл) со взвешенными в ней тяжевыми включениями (сгустки крови).

Выполнен целеустремленный и пролонгированный методичный и внимательный УЗ-поиск прямых симптомов эктопической беременности, проведенный обзорно, ТВ и в полном объеме. Несмотря на это, вне **М** параовариального (тубарного) патологического **О** не выявлено.

Таким образом, в результате клинко-эхографического наблюдения (с интервалом в 1 нед.) получен целый комплекс косвенных признаков, свидетельствующих в пользу эктопической имплантации: явно гравидарное состояние пациентки; отсутствие **Пл/Я** в **М** на обоих этапах УЗИ; жалобы на эпизодические темные кровомазания и боли; наличие (при контрольном исследовании) свободной жидкости позади **М**, причем — геморрагического характера и, к тому же, появившейся после развития болевого синдрома.

Заключение: УЗ-данные (в динамике) позволяют думать об эконегативной форме нарушенной трубной беременности (скорее всего, слева) с умеренно выраженным кровоизлиянием в полость м/таза.

Госпитализация. УЗ-данные те же. Кровь на ХГ — положительный ответ с несколько пониженной концентрацией гормона. При пункции заднего свода получена кровь со сгустками. Лапароскопия: в ампуле левой **МТр** прогрессирующее **Пл/Я**, сгустки крови на эндосальпинксе и фимбриях; небольшое геморрагическое скопление в левом дугласовом кармане.

Многочисленные случаи неинформативных или недостаточно информативных исследований наглядно иллюстрируют хорошо известный факт — в процессе УЗИ женщин с ВМБ очень часто приходится сталкиваться с несоответствием получаемого визуально-акустического образа действительному характеру и масштабу поражения.

Заслуживает внимания и чисто психологический (с позиции врача) аспект сканирования, когда при наличии весьма подозрительных на трубную имплантацию субъективных проявлений в процессе эхолокации каких-либо более или менее специфичных признаков данной патологии выявить не удастся... Когда, несмотря на прилагаемые усилия и использование всего «арсенала» технических средств и методических приемов, исследование оказывается неэффективным. Именно в такой ситуации, особенно во время повторного обследования, когда диагност почти убежден, что имеет дело с эктопической беременностью и даже отчасти знает (по локализации ЖТ) сторону поражения, но никак не может добиться конкретной визуализации патологического очага, он попадает в тягостное, двусмысленное (по отношению к больной) и часто мучительное (перед самим собой) положение. После такого исследования остается крайне неприятный

осадок, ощущение бессилия и, почти всегда, назойливые сомнения, когда в подсознании таится нечто упущенное из виду и в то же время лежащее на поверхности. И вроде бы не в чем себя упрекнуть, вроде бы сделано все, что можно и должно, но все же... Впрочем, нельзя забывать, что получаемая во время эхолокации картина — отнюдь не точное отображение анатомического и патоморфологического статуса, а является лишь отраженным изображением последнего. Изображением, которое фиксирует разные градации распространения, поглощения и отражения эхосигналов в различных средах и, с одной стороны, обладает высокой степенью анатомического соответствия, с другой — далеко не всегда показывает истинное состояние полости м/таза.

□ В случае наиболее часто встречающейся ампулярно-трубной имплантации, невидимой при первичном УЗИ, за время, прошедшее между двумя исследованиями, зачастую развивается нарушение эктопического гравидарного процесса по типу хронического или подострого трубного аборта. Это приводит к формированию тубарной гематомы, которая в том или ином виде, но чаще всего — в качестве организованного геморрагического депо в просвете **МТр** (с погибшим **Пл/Я** или без него) обнаруживается на втором этапе обследования.

Н., 27 лет. Последняя «менструация» была своевременной, но необычно короткой и очень скудной (прерывистые мажущие выделения). Осмотрена гинекологом и с предварительным диагнозом «НМЦ или БРС» направлена на УЗИ.

М имеет обычный вид. **Э** = 13–14 мм, с хорошо выраженным кортикальным (компактным) слоем и участком пониженной плотности в центре, без «ободка отторжения» на границе с миометрием. **Пл/Я** в полости **М** не определялось. В правом **Я** — функциональная полость, 17 мм в Ø; левый **Я** не изменен. За пределами **М** и **Я** патологических **О** эмбрионально-геморрагического типа не выявлено. Свободной жидкости нет. Рекомендации: УЗ-контроль через неделю, тестирование мочи на ХГ.

Повторное УЗИ (жалоб нет, грави-тест ⊕).

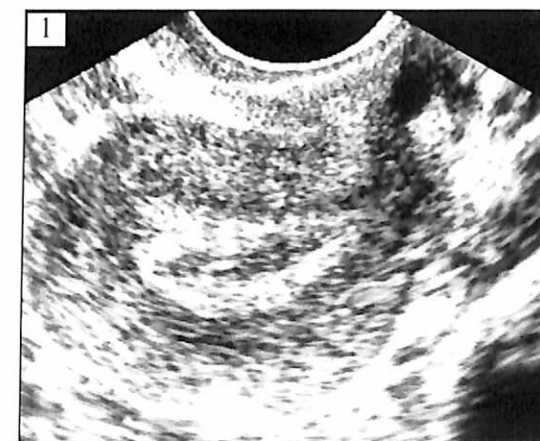
*Рис. 8 (1, 2). Организованная тубарная гематома с погибшим **Пл/Я**, выявленная при повторном УЗИ, когда результаты первичного исследования были отрицательными (в плане визуализации признаков маточной или клинически бессимптомной внематочной имплантации).*

1. **М** и децидуальный **Э**, без **Пл/Я**.

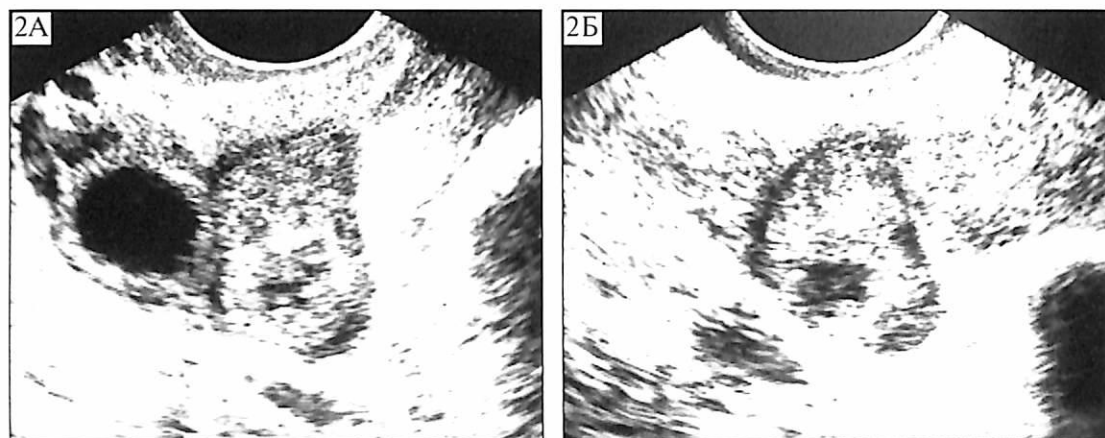
2А. Правый **Я** с кистой ЖТ и параовариальный гравидарно-геморрагический объект.

2Б. Изолированное изображение патологического очага, полученное при смещении ТВ-датчика кзади от **Я** (обе эхограммы на с. 324).

В области медиальной поверхности правого **Я** (но абсолютно отдельно от него), больше кзади, обнаружено инкапсулированное, несколько болезненное, параовариальное **О** вытянутой (грушевидной) формы: 37 × 20 мм, контуры ровные, подчеркнутые узкой эконегативной зоной по периферии; в просвете — мелкодисперсное содержимое, на фоне



которого в нижнем полюсе определяется отслоенное от стенок МТр и пропитанное кровью (со сгустками) эктопическое Пл/Я. За пределами этого О и в естественных углублениях полости м/таза жидкостных скоплений нет.



Эхокартина организованной трубной гематомы с погибшим Пл/Я, без признаков экстраутробного кровотечения.

□ Другой вариант динамики эхокартины встречается при ненарушенном развитии ВМБ на протяжении всего интервала между первым и контрольным исследованиями. Суть его в том, что на втором этапе УЗ-мониторинга выявляется эктопическое Пл/Я (прогрессирующая трубная беременность), не видимое во время первичного УЗИ.

УЗИ перед планируемым медикаментозным прерыванием БРС. Менструальная задержка 6 дней, грави-тест не сделан, жалоб (на боли, кровянистые выделения) не предъявляет.

В полости М определяется утолщенный до 19–20 мм Э, Пл/Я нет. В остальном — без особенностей. Пациентке объяснено, что при относительно небольшой задержке месячных далеко не всегда удастся зарегистрировать эхографически эмбриональный объект. После чего ей было предложено исследовать мочу на ХГ и, независимо от результата теста, выполнить контрольное УЗИ через неделю.

Во время повторного посещения: состояние прежнее, грави-тест ⊕.

Рис. 9 (1, 2, 3). Прогрессирующая ВМБ (4 НБ), выявленная на втором этапе динамического УЗИ.

1. М. Э = 19–20 мм, представлен однородной тканью средней плотности — в виде двух «валиков» гипертрофированной слизистой передней и задней стенок, соприкасающихся друг с другом, но все же разделенных щелевидной линией пониженной интенсивности; внешние контуры слегка размытые, зоны отторжения на границе с миометрием не прослеживаются. УЗ-изображения Пл/Я при ориентировочном сроке гестации 4 НБ нет.



2 и 3 — разные проекции внематочной эмбриональной камеры.

2. Эхограмма, отражающая момент визуализации эктопического Пл/Я.

В процессе медленного смещения ТВ-датчика от края М к правому Я, на уровне нижней трети тела М (в «трубном углу» правой параметральной области), среди выполняющих лоцируемый объем петель К обнаружено паравариальное жидкостное О. Оно никак «не вписывалось» по своим УЗ-качествам в эхокартину поперечного сечения крупного сосуда и отличалось от просвета прилегающих к нему отделов К совершенно замкнутым характером контура и однородной структурой внутриполостной жидкости. Создавалось впечатление, что замеченная полость «выглядывает» в виде полумесяца из-за стенки К, заполненной грубыми фекальными массами (справа от О), перекрывающими медиальную половину объекта. Факт наличия патологического очага доказан многократным повторением указанных действий.

3. Прищельное, пальпаторно-тракционное сканирование позволило «вывести» весь объект и детально рассмотреть его: форма правильная округлая, общий размер 14–15 мм в Ø, внутренний диаметр 9 мм, толщина стенок 3–4 мм, структура однородная.

Заключение: ненарушенная трубная беременность, справа, 4 НБ.

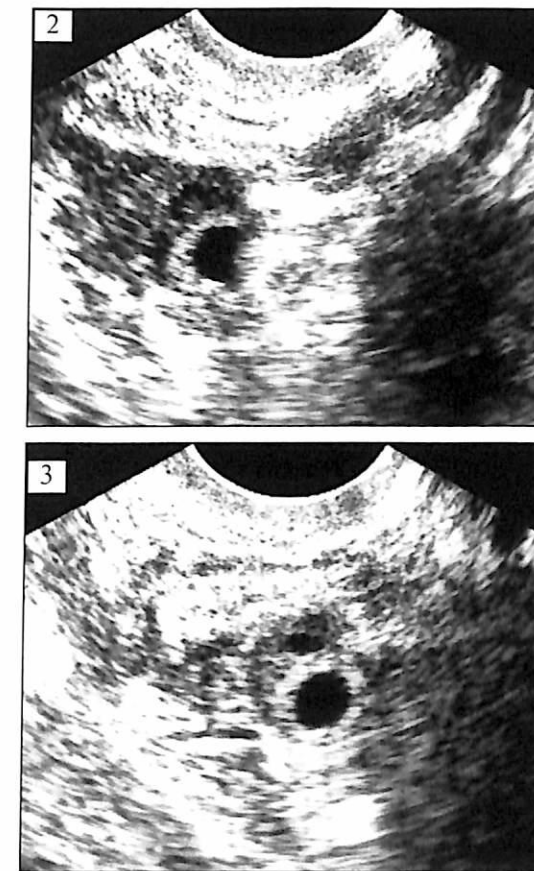
Лапароскопическое подтверждение диагноза.

Успешная (но отнюдь не во всех наблюдениях) визуализация (если она состоялась) эктопического Пл/Я при повторном УЗИ детерминирована законами эмбриональной кинетики, складывающейся из двух главных элементов: увеличения общих размеров зародыша за счет нарастания объема амниона и толщины хориальной капсулы; появления после 4–5 НБ в просвете амниотической полоски УЗ-изображения живого эмбриона (и желточного мешка).

Первое обращение в УЗ-кабинет по поводу нежелательной беременности, перед мини-абортом (задержка 2 нед., мочевого тест на ХГ ⊕, жалоб нет). Однако при обзорной и ТВ-эхолокации в М и вне М эмбрионального объекта не обнаружено.

Повторное УЗИ через неделю (клинические данные те же).

Рис. 10. Прогрессирующая трубная беременность (5 НБ). Диагноз установлен при контрольном исследовании, выполненном через неделю после неинформативного первоначального исследования.



Изолированная эхограмма эктопического Пл/Я, обнаруженного между Я и М (на представленной эхограмме не видны). УЗ-изображение О получено в результате синхронных смещений ТВ-датчика вверх, кзади и медиально от верхнего полюса правого Я, на уровне верхней и средней трети тела М. Объект почти со всех сторон окружен К.

УЗ-характеристики внематочной эмбриональной камеры: общие размеры 20 мм в Ø, амнион 14 × 10 мм; толщина капсулы от 2–3 до 6–7 мм; в просвете — пульсирующий эмбрион и желточный мешок.

Лапароскопия: данных за кровотечение в полость м/таза нет, на границе перешейка и ампулы правой МТр — прогрессирующая ВМБ.

Конечно, увидеть (найти, заметить, обнаружить) такой, более крупный, чем до 4 НБ, объект значительно проще, что и определяет сравнительно благоприятные показатели УЗ-выявляемости прогрессирующей ВМБ после 4–5 НБ. Однако в силу постоянного влияния обозначенных выше объективных трудностей (и субъективных тоже, но это «отдельный разговор») частота эффективных исследований в сроки от 4–5 до 6 НБ обычно не превышает 50–63%. Показательно, что в патологических условиях трубной имплантации рост зародыша осуществляется преимущественно за счет превалирующего развития хориальной оболочки и эмбриона. В то время как амниотическая полость в большинстве случаев нарастает незначительно — в меньшей степени, чем при маточной беременности. Отставание увеличения размеров амниона приводит к тому, что после 4–5 НБ эктопический гравидарный комплекс чаще всего представляет собой уже не жидкостное, а мягкотканно-жидкостное О, в котором мягкотканый компонент (капсула и внутриамниотические структуры) существенно преобладает над небольшим объемом амниотической жидкости. К тому же, вследствие выступления в просвет амниона эмбриона и желточного мешка структура полости становится неоднородной. В результате такой объект — мягкотканно-жидкостной, с относительно небольшой внутренней камерой неоднородного строения — зачастую неотличим от содержимого К, что и определяет относительно большой удельный вес гиподиагностики ненарушенной эктопической беременности в период от 4–5 до 6 НБ. Что же касается симптома присутствия в амнионе пульсирующего эмбриона, то обнаружение данного патогномоничного для прогрессирующей ВМБ признака всегда вторично — оно возможно только после отчетливой визуализации самой амниотической полости (с «толстыми» стенками) с последующим углубленным изучением ее структуры.

Таким образом, по мере роста эктопического зародыша одновременно наблюдаются два полярных процесса: с одной стороны, происходит увеличение патологического очага, что способствует повышению эффективности УЗИ; с другой — трансформация эмбриональной камеры в компактное О с резко утолщенными стенками и небольшой полостью дискретного типа усугубляет объективные трудности его успешной визуализации.

□ У ряда больных с эконегативной при первичном УЗИ прогрессирующей ВМБ острое прерывание ее (разрыв МТр или трубный аборт с обильным интраэкстратубарным кровотечением) наступает во время промежуточного этапа динамического обследования. Причем — почти всегда внезапно, в любой непредсказуемый момент хронологического отрезка от первого до второго исследования.

Это наиболее драматичный и, к сожалению, вполне реальный вариант развития событий, при котором клиническая картина болевого и/или геморрагического шока развивается именно в тот промежуток времени, когда больная находится вне сферы непосредственного контакта с медицинской службой и, фактически, предоставлена самой себе. Закономерный итог — госпитализация «по скорой» и экстренная операция.

Указанные наблюдения являются неотъемлемой частью клинической работы, связанной с распознаванием ВМБ. Такая уж это патология: не только чрезвычайно трудная для клинико-эхографической верификации (особенно в фазе прогрессирующей беременности), но и всегда «заряженная» вероятностью неожиданного и тяжелого осложнения. Угроза острого прерывания неизменно присутствует (до поры до времени — бессимптомно, «незримо») во всех случаях, когда неинформативность первоначального сканирования требует назначения повторного УЗИ. И все же, прекрасно осознавая опасность, постоянно подстерегающую пациентку в бесконтрольный период, эходиагност (а также и лечащий врач) вынужден идти на этот риск, так как, с одной стороны, частота ВМБ по сравнению с первично-эконегативной маточной беременностью незначительна, а с другой стороны — что еще он может предложить больной?

Подобные «вещи» — перфорация МТр или массивное кровотечение при трубном аборте, возникающие в интервале между двумя исследованиями, — среди людей объективных и понимающих суть проблемы проходят по разряду «неизбежного зла»... и поэтому к ним надо относиться терпимо, и даже философски. Однако на практике зачастую все происходит «с точностью до наоборот». Речь идет о том, что в ряде случаев имеет место после хирургической коррекции остро прервавшейся (в период амбулаторного клинико-эхографического наблюдения), своевременно нераспознанной ВМБ и выписки больной из стационара. В книге английского автора П. Уилсон «Гинекологические заболевания» (М., 2002) действия пациентки, иногда совершаемые ею в этот «постскриптовый» период, обозначены метким и емким определением — «большой маскарад». И далее раскрывается его смысл: «Несвоевременная диагностика внематочной беременности часто является причиной жалоб больных и даже судебного процесса». Очень верно, но слишком лаконично. Данную тему, напрямую касающуюся эходиагноста, выполнившего неэффективное (в контексте визуализации прямых симптомов трубной имплантации) первичное сканирование и назначившего повторное УЗИ, которое не состоялось из-за острого прерывания ВМБ, интересно продолжить.

Два показательных факта. Все предъявляемые пациентками претензии относятся к качеству проведенного на амбулаторном этапе инструментального обследования. То есть, естественно, к УЗИ. В то же время непосредственно к специалисту, по мнению больной ответственному за гиподиагностику ВМБ (диагностическую ошибку), обращаются крайне редко.

Итак, после выписки из стационара женщина приходит в то медицинское учреждение (ЖК, гинекологическое отделение поликлиники или медсанчасти, частное медицинское учреждение), где она обследовалась до операции, и...

— • —

1. ...в беседе со своим гинекологом высказывает удивление, сожаление и досаду в связи с тем, что при УЗИ в бессимптомный период течения трубной имплантации заболевание не было диагностировано. Чаще всего разговор протекает в относительно мягком и спокойном тоне (без резких эмоциональных всплесков и грубых обвинений), и после разъяснений лечащего врача, раскрывающего больной «коварство» данной патологии, трудности распознавания и ограниченные возможности эхосканирования, все на этом и заканчивается.

2. Другая модель действий пациентки заключается в том, что она обращается к лечащему врачу или заведующему отделением, или сразу к главному врачу с жалобой на ошибку диагностической службы. При этом, в сравнительно интеллигентной форме, но настойчиво и с той или иной долей возмущения, высказывается недовольство работой эходиагноста, не сумевшего вовремя (до развития катастрофы) выявить ВМБ. Одним словом, данный специалист обвиняется в профессиональной некомпетентности, повлекшей за собой тяжкие для больной последствия.

В иных случаях больная предъявляет свои претензии, не стесняясь в выражениях, с резкими выпадами в адрес медицинского учреждения и конкретных его сотрудников, перемежающимися угрозами продолжить «это дело» (а точнее — преследование лиц, по мнению пациентки, виноватых в случившемся с ней несчастье) на более высоком уровне — в районном или городском департаментах здравоохранения, и даже в суде. Нередко собеседование протекает в присутствии третьих лиц (матери или мужа «потерпевшей»). В любой модификации, как правило, конфликт аннулируется «не выходя за стены» данного учреждения... но только после того, как пациентке приводятся авторитетные пояснения о нетипичности клинических и эхографических проявлений ВМБ и невозможности 100%-точной ее УЗИ-диагностики. Если же в разбирательстве участвует руководство ЖК (поликлиники, диагностического центра, частной медицинской фирмы и пр.), проблема нивелируется после заверений в том, что настоящее наблюдение будет разобрано на общей конференции или лечебно-контрольной комиссии, а виновные понесут административное наказание. Иногда разрешение конфликтной ситуации достигается (в дополнение к упомянутым выше мерам) немедленным возвращением средств, потраченных на амбулаторном этапе обследования. И все это, конечно, сопровождается высказыванием сожаления по поводу случившегося несчастья и принесением извинений за невольную, но в данном случае неизбежную диагностическую ошибку. Такова обратная сторона врачебной работы. «Больной всегда прав!» Довольно распространенное заблуждение.

3. Однако в единичных случаях миротворческая миссия не всегда приводит к консенсусу. Некоторые пациентки, наиболее настойчивые в своем стремлении наказать врачей (конкретнее — врача-УЗИ и гинеколога), по вине которых (как считает женщина) не была своевременно распознана ВМБ, не удовлетворяются предлагаемыми способами урегулирования проблемы... и все-таки направляют письменную жалобу в вышестоящую инстанцию(и). И тогда несчастный эходиагност, уже прошедший через серию неловких бесед, оказывается вынужденным писать, иногда неоднократно, объяснительные записки, необходимые для того, чтобы администрация «его» учреждения могла, по возможности, достойно ответить на инициированный жалобой пациентки запрос вышестоящей организации.

Несколько реже «сигнал» в органы управления здравоохранения направляется сразу, без предварительного разговора с «местной» администрацией. Затем все происходит в обратном порядке...

Ю., 32 лет. Обращение в ЖК по поводу БРС, в сохранении которой женщина заинтересована. Тест на ХГФ, жалоб нет. Осмотр гинеколога — «М несколько больше нормы...», в остальном без особенностей. Предложено выполнить УЗИ. При сканировании (обзорно, ТВ) в полости М обнаружен утолщенный до 14–15 мм Э, без Пл/Я; за пределами М патологических О, подозрительных на ВМБ, не определялось; рекомендовано контрольное УЗИ через неделю. Повторная консультация гинеколога — подтверждение этой рекомендации.

Через 3 дня после посещения ЖК у больной внезапно развились острые схваткообразные боли внизу живота, полубморочное состояние → госпитализация. Экстренная лапаротомия — трубный аборт с массивным кровотечением в брюшную полость. Спустя месяц от указанных событий главный врач ЖК был вызван в районный департамент здравоохранения, где ему передали письменную жалобу Ю. В этом документе были изложены весьма серьезные претензии к качеству работы обследовавших ее до операции врача-УЗИ и участкового гинеколога. Точнее, эти лица (и в первую очередь — эходиагност) в резкой, если не сказать грубой, форме обвинялись в профессиональной несостоятельности, ставшей причиной случившегося несчастья. Пациентка предлагала разобраться в ситуации и наказать специалистов, ответственных за диагностическую ошибку.

Дальнейшие события развивались следующим образом. Основываясь на объяснительных записках врача-УЗИ, выполнившего первичное исследование, и гинеколога, консультировавшего больную, составлен и передан по инстанции ответ, раскрывающий как суть проблемы ранней диагностики ВМБ, так и конкретные аспекты данного наблюдения. Параллельно проведена независимая экспертиза с привлечением к «делу» ведущего специалиста (УЗИ). Оба документа представлены пациентке и сопровождавшему ее супругу и были изучены ими в присутствии главного врача и сотрудника районной администрации. После этого состоялось длительное собеседование заинтересованных сторон. «Потерпевшие» внимательно выслушали дополнительные пояснения и получили ответы на все вопросы. Общая реакция супругов Ю. — нейтральная. Но, как выяснилось позже, взаимопонимания или хотя бы относительного удовлетворения достигнуть не удалось. В течение последующих 4–5 месяцев больная направила еще ряд заявлений в разные инстанции (городской департамент здравоохранения, в страховую компанию, главному акушеру-гинекологу Санкт-Петербурга) и трижды обсуждала конфликт с администрацией «обидевшей» ее организации. На одном из таких собеседований от «потерпевшей» поступило предложение — полностью «закрыть дело», если ей будет выплачено 30 тыс. рублей. Получив отказ, Ю. угрожала судебным преследованием. Однако до этого не дошло, так как главному акушеру-гинекологу удалось найти убедительные слова и завершить конфликт на своем уровне.

4. Наиболее неприятный вариант действий пациентки предполагает немедленную передачу «дела» (заявления) в суд. Впрочем, судебному разбирательству обычно предшествует, так сказать, подготовительный период. Женщина обращается к своему адвокату, который приступает к переговорам с администрацией учреждения, где было выполнено «некачественное» обследование. Затем, в случае отказа от возмещения (естественно — материального) понесенного женщиной ущерба, соответствующим образом оформленное заявление направляется в суд.

Общей чертой всех модификаций «большого маскарада» является то, что почти всегда главным виновником несвоевременной диагностики ВМБ признается врач-УЗИ. Подобное отношение обусловлено многими причинами.

Так, пациентка, посещающая УЗ-кабинет (по личной инициативе или по направлению лечащего врача), убеждена, что именно здесь и сейчас, с помощью именно этой методики и в «исполнении» данного специалиста она выяснит все свои проблемы. К тому же многие больные убеждены в исключительных диагностических возможностях УЗИ («ведь все видно...»). Любое отклонение от этих исходных установок, а тем более гиподиагностика трубной беременности, вызывает непонимание и досаду, раздражение, а при трагическом финале — обиду и часто ожесточение.

Что же касается лечащего врача, то при ненарушенной ВМБ (а зачастую и при нарушенной тоже), особенно на начальном ее этапе, что он может сделать? Только направить женщину на УЗИ. Все! С этого момента ответственность за правильный диагноз «ложится на плечи» эхолога. Какая удобная позиция...

Кроме того, нельзя забывать, что эходиагност амбулаторной акушерско-гинекологической службы представляет собой очень удобный объект для обсуждений, оценок и обвинений. Результаты его работы открыты всем. Больные обсуждают их со знакомыми и родственниками. Они оцениваются сослуживцами, врачами стационара, коллегами по специальности и т. д. Врач-УЗИ не защищен от любых высказываний — положительных и негативных, потому что все это совершается без его непосредственного участия, «за глаза»*.

В проблеме конфликтных ситуаций, вызванных гиподиагностикой ВМБ, помимо фискально-юридических граней есть еще один весьма существенный аспект. Довольно неприятный, можно сказать — отталкивающий, обычно обходимый молчанием в публикациях, но, как это ни прискорбно, постоянный и имеющий место в 58–80% подобных случаев. Речь идет о крайне низком корпоративном духе среди сотрудников разных медицинских учреждений. В контексте рассматриваемого явления это выражается в том, что врачи, имеющие дело с больной уже после операции, на ее вопрос «Как же так случилось?» однозначно и безапелляционно объясняют трагический финал заболевания некомпетентно выполненным (на амбулаторном этапе обследования) УЗИ. Обычно подобные беседы, противоречащие элементарным принципам врачебной этики и деонтологии, проводят, как говорится, «не стесняясь в выражениях» — в той или иной форме, но всегда прямолинейно и часто с плохо скрываемым удовлетворением и сарказмом эходиагност представляется больной главным фигурантом диагностической ошибки. Его неграмотные и халатные действия — неумение своевременно диагностировать ВМБ — выдвигаются в качестве основной причины происшедшего несчастья. При этом негативный анализ осуществляется с излишней эмоциональностью и, как правило, некомпетентно. А общеизвестный факт, свидетельствующий о весьма ограниченных возможностях УЗИ в ранней диагностике эктопической беременности, обычно умалчивается. Характерно, что

* Ну как тут не вспомнить слова известного в 1970-е гг. ученого и рентгенолога, проф. С.Ф. Винтергальтера. Он сравнивал некоторые эпизоды практической деятельности врача лучевой диагностики с... боем гладиатора на арене, сражающегося «на потеху публики», в одиночку, на виду у всех.

зачастую подобные обвинения в адрес амбулаторно-диагностической службы высказываются по личной инициативе, без наводящих вопросов пациентки.

Чаше всего роль добровольных экспертов и обвинителей берут на себя (в большинстве случаев весьма охотно) врачи гинекологических стационаров (но не эходиагносты), где была проведена хирургическая коррекция нарушенной трубной беременности; значительно реже — «доверенный» гинеколог, консультирующий женщину после выписки из больницы. Независимо от места работы, должности и квалификации, данных лиц объединяет общая характерологическая черта — склонность к огульным, некорректным и, как им кажется, совершенно безнаказанным обвинениям, касающимся качества работы предшествующих им специалистов. Критицизм подобного рода недопустим, но все-таки процветает, хотя не имеет никаких прав на существование: ни с юридических (клевета), ни с общечеловеческих (непорядочность), ни с профессиональных (некомпетентность) позиций. Станные люди. Они забывают, что их высказывания не исчезают бесследно, а повисают в воздухе, внедряются в сознание, остаются в памяти, консервируются и могут бумерангом вернуться... И все же, как это, наверное, легко и приятно (для определенных, отнюдь не лучших, медицинских кругов) обсуждать, критиковать и порицать своих коллег... но только после того, как клиническая задача получила полную ясность. Какими они, наверняка, при этом кажутся сами себе принципиальными, проницательными и бескомпромиссными. А может быть, именно таким образом реализуются попытки повышения личного рейтинга?

Все наоборот. Стремление к обличительству, сводящееся к безусловному одностороннему, предвзятому и поэтому, конечно же, несправедливому осуждению действий первичного звена диагностической помощи, несомненно, является типичовой ветвью врачебных взаимоотношений. И, как ни прискорбно, в этом нет ничего странного — многим из нас присущ один и тот же крупный недостаток: людям свойственно злорадствовать над неудачами «ближнего». Они считают, что их самих подобное никогда не коснется. Глубокое заблуждение. По существу, такой стиль, или только тенденция, или уже привычная модель поведения напоминают лестницу, по которой можно двигаться только в одном направлении — вниз. Дело в том, что в любых произнесенных по поводу критической диагностической ситуации слова изначально, как азот в атмосфере, содержатся в той или иной пропорции элементы неправды, точнее — несправедливости. Что же, к сожалению, мы привыкли к тому, что и в обыденной жизни, и в профессиональной деятельности справедливость — нередко самый «дефицитный товар»... А на жестком диске души человека много разных файлов, и далеко не всеми из них можно гордиться.

Установлено совершенно точно — большинство случаев наиболее агрессивных, даже ожесточенных высказываний и действий пациентки в постгоспитальном периоде инспирированы предварительными разговорами с медицинскими работниками. То есть имеют ятрогенные корни. Чего же добиваются некоторые, с позволения сказать, наши коллеги, занимаясь самостоятельной экспертизой и, к тому же, выступающие в роли «судей»? В первую очередь, именно вот

так осуществляются, с одной стороны, удовлетворение неадекватных личных амбиций; с другой — демонстрация как правило тщательно скрываемых, довольно отталкивающих характерологических черт и наклонностей, которые трудно постоянно удерживать внутри себя, — и вот удобный случай... Во-вторых, именно этим достигается полная дискредитация перед больной (и опосредованно — ее родственниками и знакомыми) профессиональных качеств врача-УЗИ, не сумевшего, в силу своей якобы некомпетентности, вовремя диагностировать ВМБ.

И, что характерно, никто и никогда не задумывается о том, что потеря, даже временная, репутации хорошего специалиста (врачебного престижа) всегда весьма болезненна. Особенно для врача со значительным опытом практической работы, так как неизбежно вызывает у него мысли о бесполезности этого опыта, о бессмысленности всех предшествующих усилий. Это подрывает у эхodiагнoста веру в собственные силы — в свою способность решать сложные клинические вопросы, создает атмосферу страха повторения подобных казусов и даже заставляет начинать сомневаться в правильности выбранного им пути в медицине. В совокупности указанные негативные мысли и эмоции формируют выраженный в большей или меньшей степени «комплекс профессиональной несостоятельности», а загнанные внутрь сомнения вызывают неудовлетворенность и раздражение. И тогда столь необходимые для плодотворной работы личные качества врача-диагноста деформируются: осторожность превращается в элементарную трусость, взвешенность суждений — в отсутствие собственных мыслей, способность к самостоятельному дифференциальному анализу — в ограниченность, умение четко и объективно излагать результаты исследования трансформируется в отточенно-уклончивые формулировки, а диагностические решения — в тривиальные штампы. Несомненно, что все это оказывает крайне неблагоприятное влияние на качество последующей диагностической деятельности. Задача истинного профессионала, по разным причинам попавшего «в зону действия артефакта», — не поддаваться расслабляющим назойливым размышлениям о своей некомпетентности и, не позволяя увлечь себя уязвленному тщеславию и гневу, попытаться абстрагироваться от стрессового состояния, обусловленного ощущениями обиды и невостребованности, — воспринимать происшедшее как данность, которую следует использовать с максимальной выгодой («на ошибках учатся») в дальнейшей работе. Для этого нужно подвергнуть случай расхождения диагнозов (и всю критическую ситуацию) всестороннему ретроспективному анализу по трем взаимодополняющим векторам: 1) объективная самооценка на основе повторного внимательного пересмотра всей доступной документации и критической реконструкции диагностического процесса; 2) сравнительное изучение литературных источников по данному вопросу; 3) обсуждение деталей настоящего наблюдения с коллегами. Именно таким путем достигается «профессиональная реабилитация», совершенно необходимая как для продолжения квалифицированной повседневной деятельности, так и для предотвращения подобных ошибок (если только это позволяет разрешающая способность метода) в будущем.

В то же время, в связи с тем, что приведенные выше ситуации, связанные с грубым нарушением врачебной этики и корпоративного духа, неизменно (правда, сравнительно редко) повторяются, полезно сделать еще одно дополнение. У каждого УЗ-диагноста, специфика ежедневной работы которого заключается в том, что он в любой момент может столкнуться с необходимостью распознавания такой сложной для верификации и грозной для пациентки патологии, как ВМБ*, должно быть прочное, не поддающееся внешним отрицательным воздействиям человеческое ядро. Оно позволяет ему быть упорным и мужественным; и, основываясь на принципах оптимизма, не только продолжать свою непростую деятельность, но и постоянно повышать ее качественный уровень и, несмотря на временные неприятности и трудности, часто одерживать диагностические победы.

А главное, нужно помнить, что все специалисты, участвующие в судьбе пациентки с внематочной nidацией, от первого обращения за помощью до выписки из стационара, крепко-накрепко связаны друг с другом невидимой нитью для решения единой задачи — защиты здоровья, а иногда и самой жизни женщины от «общего врага» — ВМБ. И неважно, кто есть кто: эхолог, участковый гинеколог, врач приемного покоя или оперирующий хирург, — экстремум уравнивает всех.

□ В ряде случаев, в промежутке между первичным и контрольным исследованием, появляются субъективные симптомы эктопической имплантации (чаще всего вялотекущая метроррагия, реже — боли или сочетание этих признаков), что заставляет женщину приходить на повторное УЗИ раньше назначенного врачом срока. При этом, если кровянистые выделения возникли на фоне прогрессирующей ампулярно-трубной беременности, то данные незапланированного дополнительного сканирования очень часто также бывают отрицательными. Тогда пациентка направляется к гинекологу для решения тактических вопросов: госпитализация или продолжение клинико-эхографического амбулаторного наблюдения. Кроме того, остается в силе предыдущая рекомендация — УЗ-контроль в третий раз с явкой в обозначенный на первом этапе обследования срок.

У других больных развившаяся в указанном периоде клиническая симптоматика отражает начало подострого или хронического трубного аборта, эхографические проявления которого показаны во второй части главы II. Еще один пример из практики.

Б., 23 лет. Первичное УЗИ при задержке очередной менструации на 7–8 дней (гравитест ⊕, жалоб нет): в полости М децидуальный Э 14–15 мм, Пл/Я не видно; Я без особенностей; за пределами М патологических О, подозрительных на ВМБ, не выявлено; свободной жидкости нет. Для уточнения состояния пациентки — УЗ-контроль с интервалом в 1 неделю.

Однако через 3 дня от первого посещения УЗ-кабинета у женщины развились умеренно выраженные схваткообразные боли внизу живота — больше слева, с иррадиацией в крестец, левую ногу и, в меньшей степени, вверх. Приступ продолжался в течение часа. Затем интенсивность алгических ощущений уменьшилась, но остались чувство дискомфорта в левой подвздошной области

* А также врожденные пороки развития плода, гинекологический рак и др.

и непостоянные ноющие боли. Через несколько часов после окончания острого периода Б. заметила появление скудных прерывистых выделений темного цвета.

Комплекс указанных явлений послужил причиной незапланированной явки на контрольное УЗИ (на 4-й день после первичного исследования).

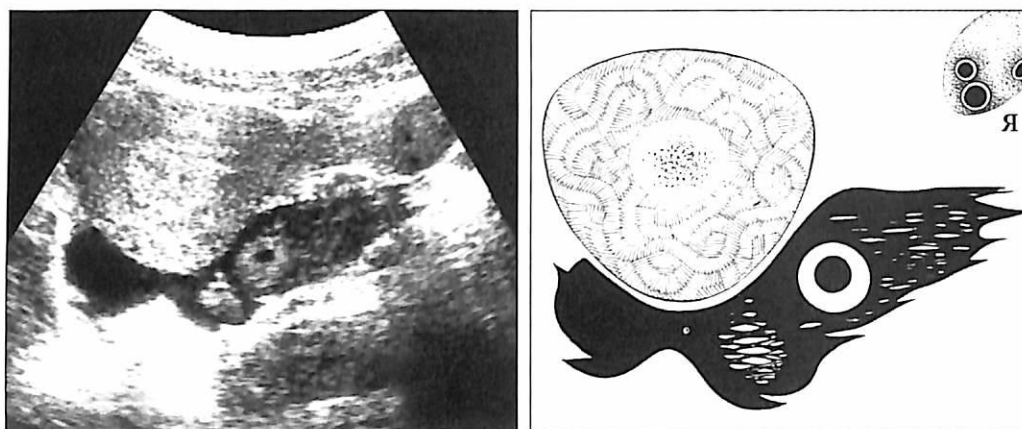


Рис. 11. Трубный аборт. Диагноз установлен при повторном исследовании (первичное неинформативно), выполненном по инициативе больной, — на 3 дня раньше рекомендованного срока (через неделю) проведения второго этапа динамического обследования, — в связи с развитием клиники подострого прерывания ВМБ.

Трансабдоминальное УЗИ с пустым МП. Поперечный экосрез М и левой половины полости м/таза.

Позади М (содержит децидуальный Э, без Пл/Я) и в левой параметральной области имеется значительное количество свободной жидкости (крови); слева от М — дисперсного строения за счет множественных сгустков. На этом фоне, опять же слева, на уровне нижней трети тела М, неотчетливо лоцируется эктопическое Пл/Я (внутренний Ø 10 × 5 мм, толщина стенок 4–6 мм, общий размер 19 мм в Ø), «плавающее» в излившейся в левую половину полости м/таза крови.

Эхокартина полного трубного выкидыша (Пл/Я за пределами МТр) с обильным экстраутробарным кровоизлиянием, приведшим к развитию довольно обширного гемопельвиоперитонеума.

Дополнительная информация. Независимо от этапа УЗ-мониторинга (первичное или повторное сканирование), если во время исследования пациентка предъявляет жалобы, подозрительные на трубную имплантацию, то при эхонегативном варианте течения заболевания контрольное УЗИ назначается с интервалом 2–3 дня. Это совершенно необходимая мера предосторожности, потому что при ВМБ, выбирая тактику динамического наблюдения, иногда бывает очень трудно решить — где проходит зыбкая, незримая граница между оправданным (и потому допустимым) риском и неадекватным благодушием.

* * *

Субъективные трудности, определение которым дано в начале данной главы, всегда сопутствуют УЗ-распознаванию прогрессирующей ВМБ. Именно они

очень часто (но реже, чем сложности объективного характера) служат причиной многих неизбежных, а в ряде случаев — досадных или же явных диагностических ошибок. Речь идет о недостатках и погрешностях процесса сканирования, обусловленных личными просчетами эходиагноста, ставшими причиной гиподиагностики эктопической имплантации. В некоторых наблюдениях это связано с небольшим (или относительно небольшим) опытом исследователя. А проще говоря — с неумением найти и опознать такой сложный для верификации объект, как эктопическое Пл/Я... из-за отсутствия необходимых для этого профессиональных навыков.

К., 21 год. Первое УЗИ (ТВ) сделано в частной медицинской фирме перед медикаментозным прерыванием нежелательной БРС, при менструальной задержке 8 дней (тест ⊕, жалоб нет), — Пл/Я не обнаружено. Рекомендовано выполнить контрольное сканирование через неделю. Эта отсрочка не устраивала пациентку (планировала отпуск за границей, «уже куплены билеты» и пр.), и по совету более «опытной» подруги она обратилась в другое, «проверенное» учреждение.

Повторное УЗИ через 2 дня.

Рис. 12. Диагностическая ошибка (1 и 2 — разные наблюдения). Эктопическое Пл/Я, выявленное через несколько дней после негативного результата первичного УЗИ.



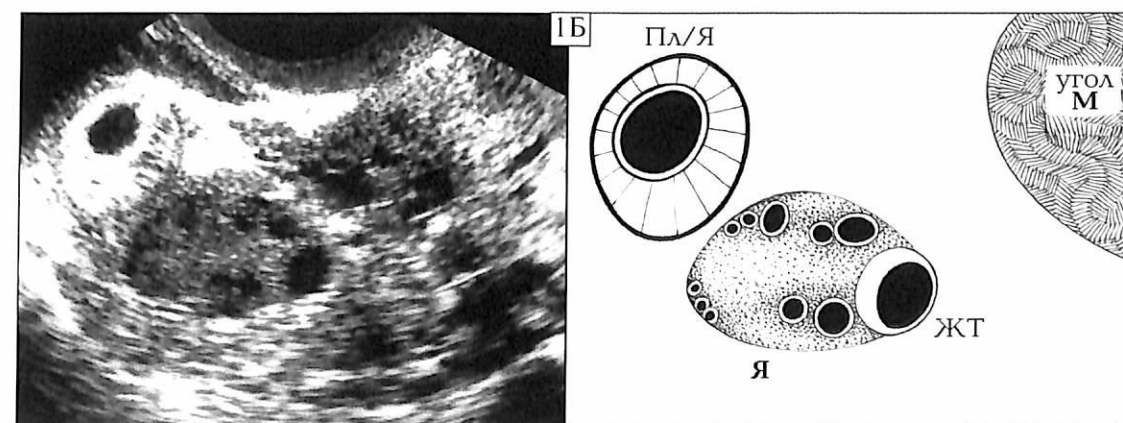
1А. Обзорная эхолокация. Аксиальный УЗ-срез М и правой параметральной области.

В полости М — утолщенный до 16 мм децидуальный Э, без Пл/Я. А за ее пределами, на расстоянии 14 мм от края угла М, отчетливо выявляется эктопическое Пл/Я без УЗ-признаков прерывания ВМБ.

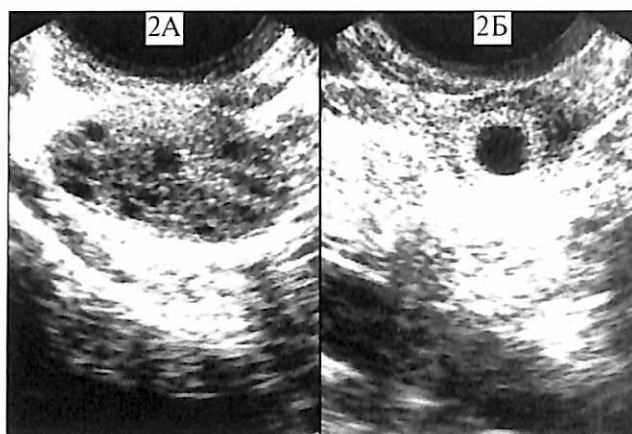
1Б. ТВ-УЗИ — подтверждение данных трансабдоминального исследования. Отдельно от М и над верхним полюсом правого Я имеется внематочная эмбриональная камера: величина амниона 10 × 6 мм, содержимое его однородное, толщина стенок от 3 до 7 мм; общие размеры патологического объекта 21 × 13 мм.

Заключение: прогрессирующая правосторонняя трубная беременность, 4 НБ.

Лапароскопия: ненарушенная ВМБ, справа; Пл/Я в просвете перешейки правой МТр.



Аналогичное наблюдение (другая больная).



При повторном УЗИ, выполненном через 2–3 дня после неинформативного первичного исследования, была уверенно диагностирована ненарушенная трубная беременность (3–4 НБ). Операционное подтверждение УЗ-данных.

2А. Интактный Я с ЖТ-беременности в правой части.

2Б. В результате смещения ТВ-датчика вниз и кзади от Я обнаружена параовариальная полость округлой формы (9 мм в Ø), заполненная однородной жидкостью, с утолщенными до 4–5 мм стенками.

Чаще всего некачественное исследование при трубной беременности детерминировано неспособностью врача-УЗИ к преодолению всех объективных затруднений, обозначенных в предыдущем разделе. Многозначительное высказывание... Открывает простор для дискуссии и критики, а также домыслов и реконструкций.

И все-таки. Как более или менее адекватно объяснить тот непреложный факт, что при ВМБ один эходиагност дает негативный ответ, а другой исследователь, выполнивший УЗИ той же больной через несущественный в плане эмбриональной кинетики интервал (в тот же день, через 1–3 дня), уверенно (или ориентировочно, но верно) устанавливает эктопическую имплантацию? Непредвиденные обстоятельства, объективные сложности, ограниченные возможности метода, «коварство» патологического процесса... Весь набор «убаюкивающих» отговорок, которыми мы привыкли успокаивать (а скорее всего — обманывать) других и, в первую очередь, самих себя. Однако, несмотря на то что эти доводы во многом справедливы, фактически они не несут в себе никакой конкретики. Нет ничего проще общих слов... Но трезво оценить диагностическую ситуацию, посмотреть на себя со стороны и серьезно сказать самому себе всю правду очень трудно и удастся далеко не всегда.

Анализ собственного, как позитивного, так и негативного опыта убедительно показывает, что в эходиагностике прогрессирующей трубной беременности совершенно (на 100%) неразрешимых проблем не существует. Есть только люди, не умеющие их решать. Для иллюстрации этого положения далее приводятся три клинических примера (рис. 13–15) гиподиагностики ненарушенной ВМБ (ампулярно-трубная локализация), распознанной при контрольном УЗИ, выполненном в тот же день, что и предшествующее ему неинформативное исследование.

Т., 31 год. Первое УЗИ сделано в районном консультативно-диагностическом центре в связи с предполагаемой БРС, в сохранении которой женщина была за-

интересована. Задержка месячных 7 дней, гравитест ⊕, жалоб нет. При эхолокации (обзорно, ТВ) беременности не выявлено. Выписка из УЗ-протокола: «М чуть больше нормы, миометрий без особенностей. М-эхо 13 мм. В правом Я — киста (ЖТ?), 25 × 17 мм». Назначен УЗ-контроль через неделю — данные прежние (повторный тест на ХГ ⊕). Пациентке предложено осуществить третье исследование через 3 дня — без динамики.

При гинекологическом осмотре в ЖК (в тот же день, что и последнее УЗИ) обращали на себя внимание три момента: 1) в течение последних суток женщина отмечает единичные эпизоды мажущих кровянистых выделений; 2) увеличение правого Я; 3) болезненность при пальпации правых придатков. Предварительный диагноз: «БРС и киста Я, НМЦ? (необходимо исключить трубную беременность)». Женщине предложено немедленно пройти дополнительное обследование в специализированном акушерско-гинекологическом УЗ-кабинете (задержка 17 дней).

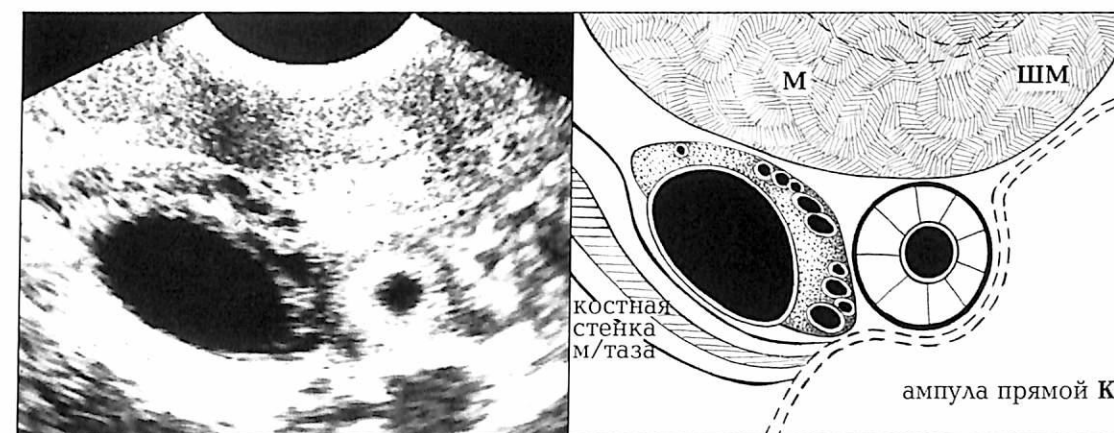


Рис. 13. Диагностическая ошибка.

В полости М — децидуальный Э 14–15 мм, Пл/Я нет. Правый Я (содержит кисту ЖТ) припаян к задне-боковой поверхности М, в области перешейка.

Позади М (на уровне ее перешейка, больше справа) с большими техническими трудностями, обусловленными выраженным экранирующим воздействием ампулы прямой кишки (содержит большое количество дисперсной жидкости и множественные фрагменты плотных фекальных масс), обнаружено параовариально-параметральное жидкостное О. УЗ-характеристики: внутренний диаметр полости 6–7 мм, оболочка равномерно утолщена до 6 мм, структура жидкости однородная; общий размер 15 мм в Ø. Патологический объект отграничен: сверху — задней стенкой М, слева — нижним полюсом Я, справа и сзади — передней стенкой прямой К. Рядом с О геморрагических скоплений нет. Свободной жидкости нет.

Диагносцирована ненарушенная трубная беременность, справа.

Лапароскопия: правый Я и правая МТр подпаяны к задней поверхности М. В дистальной части ампулы трубы имеется локальное утолщение. Сероза над ним синюшного оттенка, сосуды гиперемированы. Крови в полости м/таза нет. Тубэктомия. Морфологическое подтверждение диагноза.

В случае Т. объективные и субъективные трудности обнаружения эктопического Пл/Я усугублялись локализацией его не в типичном месте («трубный угол» и др.), а в позадиматочном пространстве. Целесообразно напомнить, что данная область непременно должна быть внимательно изучена не только для определения там свободной жидкости, но и с целью визуализации внематочного зародыша.

УЗИ с подозрением на начальную фазу беременности (задержка 8 дней): «...в М и вне М Пл/Я не выявлено ... патологических О и свободной жидкости в полости м/таза нет... Консультация гинеколога, УЗ-контроль через неделю».

Во время гинекологического осмотра (сразу после УЗИ) помимо косвенных признаков наступившей беременности отмечена «локальная болезненность при исследовании левых придатков». Рекомендовано сделать анализ мочи на ХГ.

После получения ⊕-результата лечащий врач настоял (ВМБ?) на выполнении дополнительного исследования (у другого специалиста) в тот же день.

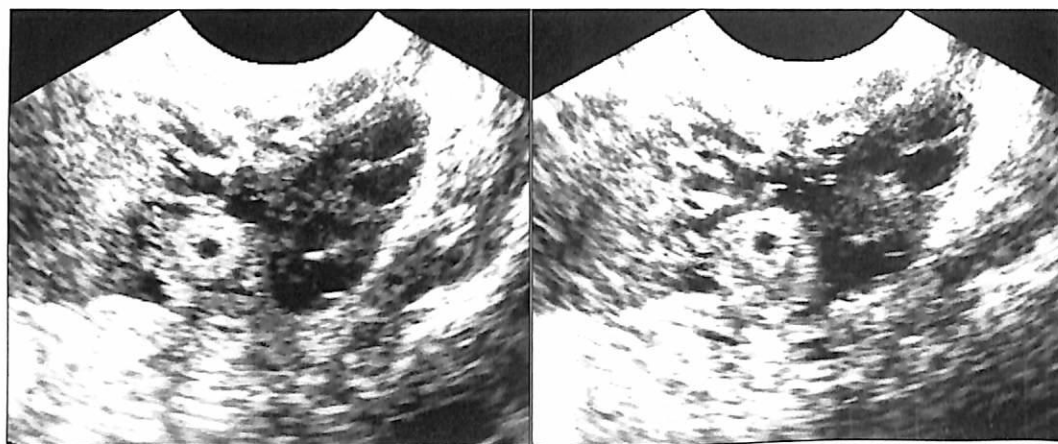
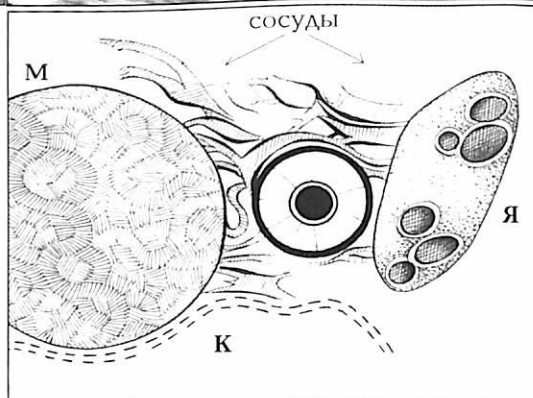


Рис. 14. Диагностическая ошибка. Прогрессирующая трубная беременность, 3 НБ. Диагноз установлен при повторном сканировании, выполненном с интервалом в несколько часов после отрицательного результата первичного УЗИ.

Между М и нижним полюсом левого Я (рядом с ними, но в то же время отдельно) располагается эктопическое Пл/Я — сферическое О, 12–13 мм в Ø, с округлой полостью в центре (5 мм в Ø) и муфтообразно утолщенными (3–5 мм) стенками. Лапароскопическая сальпинготомия, удаление Пл/Я.



— . —

Х., 26 лет. Задержка месячных 12 дней, тест на ХГ ⊕. Жалоб нет. Планирует вынашивание беременности. Первоначальное УЗИ в ЖК — Пл/Я не обнаружено → контрольное исследование через неделю. Однако по прошествии 4 дней женщина почувствовала дискомфорт внизу живота, а потом заметила прерывистые кровянистые выделения (скудные). В связи с этим обратилась к участковому гинекологу. Выполнить дополнительное сканирование не удалось (УЗ-кабинет уже был закрыт). Госпитализация с диагнозом «БРС, УВ».

На следующий день, в стационаре, сделано повторное УЗИ (задержка 16–17 дней), предполагаемый срок беременности 4–5 НБ: Пл/Я не обнаружено, патологических изменений в полости м/таза не определялось. Кровь на ХГ — содержание гормона соответствовало нормальным значениям для данного срока гестации. Тактика лече-

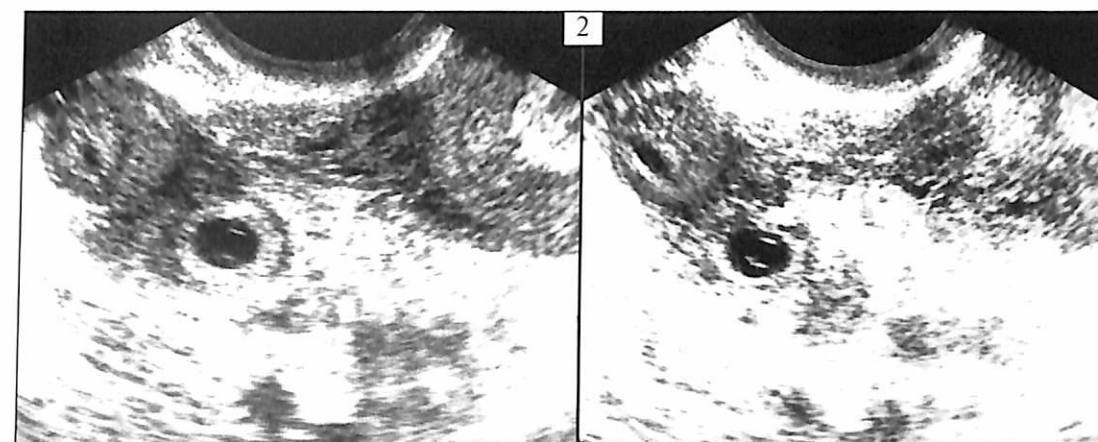
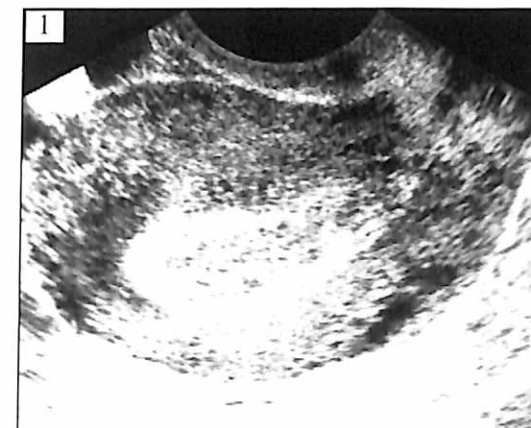
щего врача: УЗИ каждые 1–2 дня, тестирование сыворотки крови на ХГ (в динамике). Вместе с тем, подобное «взвешенное» положение дел не устраивало пациентку. Х. связалась с мужем, который «похитил» ее из больницы и отвез на УЗИ к специалисту, у которого она неоднократно и весьма успешно обследовалась ранее.

Рис. 15 (1, 2). Диагностическая ошибка.

1. Полость М — децидуальный Э, 13–14 мм; Пл/Я нет.

2. Эхограммы правой параметральной области, выполненные при разных технических режимах сканирования.

На расстоянии 24 мм от края М и рядом (7 мм) с нижним полюсом правого Я (на «снимках» прослеживается его поперечный срез — округлый, с ЖТ-беременности) выявлен патологический объект, расцененный как эктопическое Пл/Я: диаметр полости 10 мм, тол-



щина оболочки 3–6 мм (общий размер 18 × 13 мм), в просвете видна кольцевидная структура (желточный мешок). Вокруг О определяется тонкий ободок пониженной эхоплотности (симптом двухконтурности).

Заключение: прогрессирующая трубная беременность, справа, 4–5 НБ.

Приведенные выше случаи расхождений эхографических диагнозов, когда итоговые результаты хронологически близких друг к другу УЗИ были диаметрально противоположными, наглядно подтверждают хорошо известную истину (кстати, распространяющуюся на все сферы деятельности) — независимо от вашего опыта, теоретической подготовки и профессионального мастерства, всегда найдется кто-то, лучше вас умеющий делать то, что умеете делать вы.

В самом деле, далеко не все эходиагносты в равной степени наделены (от природы) личными исследовательскими качествами, необходимыми для эффективной диагностики ВМБ. Их очень много. Например: способность к пространственному мышлению, позволяющему объективно и быстро оценивать огром-

ное число деталей эхокартины, синтезируя их (в своем сознании) в целостные и достоверные (объемные и в то же время «прозрачные») анатомо-топографические объекты, и одновременно с этим проводить УЗ-морфологическую и клинко-эхографическую дифференциацию; умение сосредоточиться и длительное время сохранять максимальный уровень концентрации внимания; склонность к самооценке и критическому анализу субъективных визуальных впечатлений; методичность и упорство и т.д.

Разнородность по этим и многим другим признакам среди врачей-УЗИ порождает дискретность индивидуального восприятия одной и той же УЗ-картины разными специалистами и потому довольно часто служит причиной, на первый взгляд, неправомысленных ошибок, допускаемых на различных этапах обследования. Именно в силу неодинаковой психо-сенситивной и интуитивно-ментальной «оснащенности», определяющей неравноценность диагностических возможностей у разных исследователей, одному диагносту открыто то, что недоступно другому. Это сугубо разные вещи — *знать* о вероятном присутствии патологического очага и *уметь* его обнаружить, т.е. заметить и идентифицировать. Подобное неравенство неизбежно. Оно закономерно, потому что обусловлено генетически. «Люди делятся на три категории: те, которые *видят*; которые *могут увидеть*, но им нужно показать...; которые *не видят*» (Леонардо да Винчи).

Н., 24 года. Обратилась в совместное российско-западноевропейское медицинское предприятие (так как хотела, «чтобы все было на самом лучшем уровне») для прерывания нежелательной БРС. Задержка 9 дней, мочевые тесты на ХГ $\oplus$, жалобы отсутствуют. При эхолокации (все врачи-УЗИ прошли стажировку за границей) Пл/Я не выявлено, рекомендовано контрольное исследование... с повторной оплатой дополнительного сканирования. Данный факт — повторная оплата неинформативного исследования — возмутил пациентку. Через 2 дня (время, потраченное на сбор информации) она пришла в хозрасчетный УЗ-кабинет, где стоимость исследования была в 2 раза ниже.

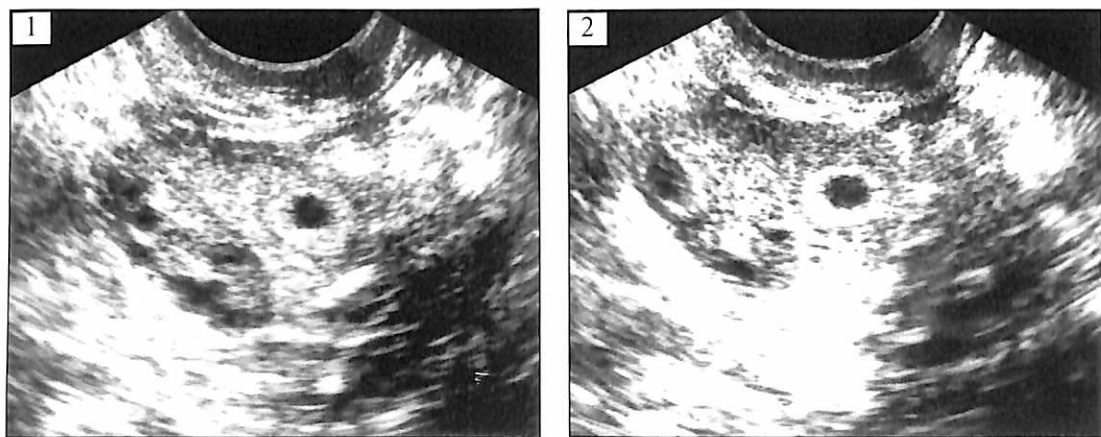


Рис. 16 (1, 2). Диагностическая ошибка (гиподиагностика прогрессирующей ВМБ).

1 и 2 — несколько разные эхосрезы правого Я и эктопического Пл/Я, полученные в процессе эхолокации, выполненной через 3 дня после негативного результата первичного УЗИ.

Справа от М выявлено параовариальное жидкостное О, располагающееся на расстоянии 10–14 мм от медиального края правого Я (на рис. 16.2 в верхнем полюсе Я определяется мягкотканно-жидкостное ЖТ-беременности). УЗ-характеристики объекта: величина полости 8 мм в $\emptyset$, оболочка ее диффузно утолщена от 3 до 5 мм, содержимое однородное. Рядом с О геморрагических скоплений нет. Свободной жидкости в полости м/таза нет.

Установлена ненарушенная трубная беременность, справа, 3-4 НБ.

Лапароскопия — вакуум-аспирация эктопического Пл/Я через фимбриальное отверстие трубы.

Справедливости ради надо отметить, что даже такие благоприятные врожденные качества эходиагноста, как наблюдательность, умение осуществлять направленный эхографический поиск, способность к анализу и синтезу множественных динамических оптико-акустических образов и пр., — в случае ВМБ отнюдь не всегда приносят ожидаемый результат, если они не отточены (почти до автоматизма) практикой повседневной работы и не подкреплены стремлением врача к наиболее точному разрешению диагностической задачи во время данного конкретного исследования.

Не секрет, что при обсуждении случаев гиподиагностики ненарушенной трубной беременности (и ВМБ вообще), а также и некоторых наблюдений своевременного УЗ-распознавания данной патологии, нередко приводятся такие аргументы, как удача и неудача. Это исключительно неверная трактовка, потому что обе эти категории (удача и неудача — везение и невезение) отражают не более чем случайные явления. Конечно же, случайные диагностические победы, когда исследователь находит эктопическое Пл/Я сразу — легко и быстро, не затрачивая на это определенных усилий, — бывают... но очень редко. В связи с этим рассчитывать на везение в столь серьезном и трудном деле, как верификация эктопической нидации, а все случаи гиподиагностики рассматривать в виде неизбежных неудач, никак нельзя. Подобный подход, граничащий с таким понятием как халатность, недопустим, поскольку оказывает расслабляющее влияние на исследователя и поэтому снижает степень его личной ответственности (перед больной, лечащими врачами и самим собой) за конечный результат сканирования. Это удел «слабых», неуверенных в себе (а может быть, заблуждающихся?) или плохо подготовленных эхологов. Действительно грамотный специалист, осуществляя направленный поиск прямых симптомов трубной беременности, не имеет права надеяться только на непредсказуемую удачу (случайное везение), а должен твердо верить, что в ряде случаев (с учетом объективных сложностей, его опыта и способностей) вправе рассчитывать на успех исследования. Но диагностического успеха в рассматриваемой ситуации (сложной и противоречивой) как правило достигает тот, кто готовит его заранее — внимательно и неоднократно изучая литературные источники, настойчиво и беспристрастно анализируя собственные достижения и ошибки, напрягая мозг разнообразными комбинациями эхосимптомов и клинических проявлений... И тогда он может добиться, казалось бы, невозможного.

К., 36 лет. В анамнезе три аборта, выкидыш. Год тому назад оперирована по поводу ВМБ, слева — разрыв МТр с массивным кровотечением (лапаротомия, тубэктомия).

Первичное УЗИ в ЖК по месту жительства в связи с задержкой месячных (3 дня), тест $\oplus$, жалобы отсутствуют. Эмбрионального объекта не обнаружено. С учетом высокого риска повторной ВМБ — контроль через 3 дня. Результат отрицательный (в М и вне М Пл/Я не найдено). Предложено продолжить УЗ-мониторинг через неделю. Однако обеспокоенная своим состоянием К. (заинтересована в рождении ребенка), к тому же отчетливо осознающая опасность повторения «прошлогодней истории», на следующий день обратилась в другое учреждение — к специалисту, которого ей рекомендовали знакомые. Причем хороший отзыв подруг был подтвержден информацией, полученной в Интернете (на сайте для беременных).

Дополнительное УЗИ (менструальная задержка 7 дней, два теста на ХГ $\oplus$). В течение последних дней отмечает появление непостоянных ноющих болей внизу живота, без отчетливой локализации.

В полости М лоцируется утолщенный до 20 мм децидуальный Э, без изображения Пл/Я. Левый Я не изменен, припаян к боковой поверхности М. Свободной жидкости в м/тазу нет.

В правом Я (рис. 17.1) имеется кистозное ЖТ-беременности, 20 × 18 мм. Верхний контур Я тяжистый за счет множественных мелких спаек. В пространстве между правым Я и М, а также в нижнем отделе правой параметральной области и позади М — Пл/Я не определяется.

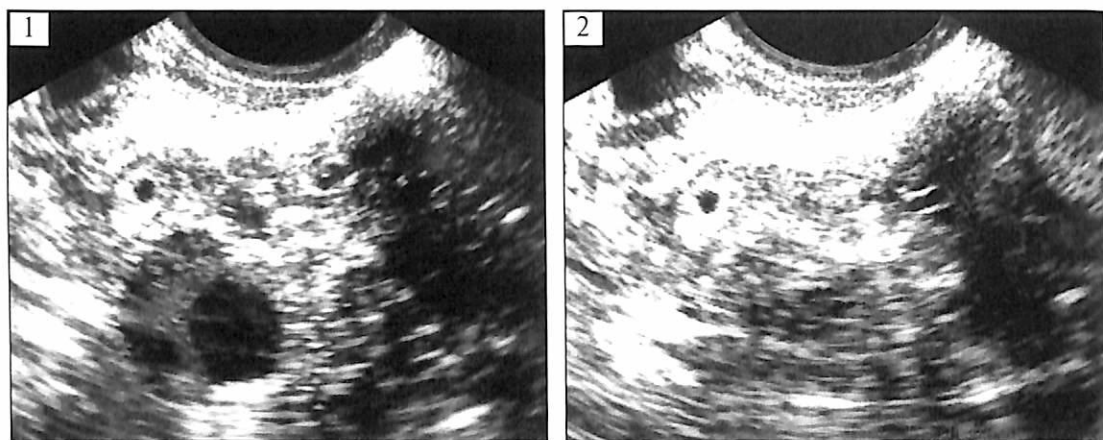
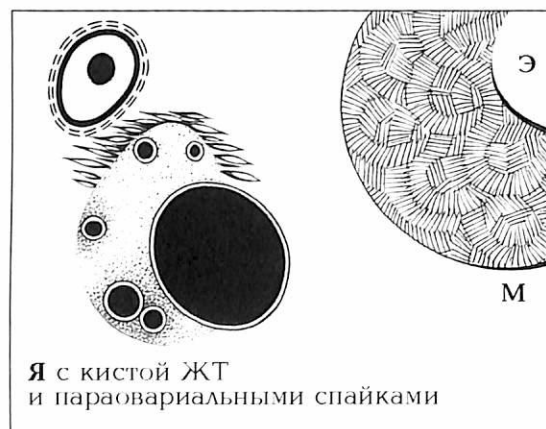


Рис. 17 (1, 2). Ранняя диагностика прогрессирующей ВМБ.



1 — эктопическое Пл/Я и Я; 2 — эктопическое Пл/Я и М.

При манипуляциях ТВ-датчиком над правым Я, со смещением его кзади и поворотом в сторону М, замечено («промелькнуло») небольшое мягкотканно-жидкостное О, «не вписывающееся» в конфигурацию Я и отличающееся от содержимого К и сосудов замкнутым характером центральной полости, окруженной относительно толстыми стенками. Начато прицельное тракционно-пальпаторное исследование (болезненно), позволившее достоверно визуализировать объект, изучить его и опознать в качестве внематочного зародыша. Общий размер

12 × 7–8 мм, величина амниона 4 × 3 мм; толщина стенок — в нижнем отделе до 6 мм, в остальных участках 2–4 мм.

Заключение: ненарушенная правосторонняя трубная беременность, 3 НБ (истмическая локализация?).

Женщина госпитализирована. Вместе с тем, операция не проводилась еще в течение 3 дней, так как при двух УЗИ в стационаре диагноз ВМБ не был подтвержден — повторно выявить представленное выше эктопическое Пл/Я никак не удавалось, а концентрация ХГ в крови была в пределах нормы. И только уступая настойчивым требованиям больной (после ее письменного согласия), была выполнена диагностическая лапароскопия.

Правая МТр спаяна с Я. На границе перешейка и ампулы трубы имеется округлое асимметричное выпячивание. Сальпинготомия в этом месте показала наличие Пл/Я. Резекция пораженного участка с одновременным сальпингоовариолизисом.

Весьма существенным фактором гиподиагностики ВМБ (прогрессирующей и нарушенной) является относительно низкая «ВМБ-настороженность» врачей-УЗИ. В определенной степени подобное «благодущие» связано со сравнительно небольшой частотой трубных имплантаций, составляющих в среднем 2,5% от всех наблюдений БРС. Однако представление о ВМБ как о редком заболевании ошибочно. Полезно еще раз напомнить, что среди сложной (для выявления) и экстремальной (для пациенток) акушерско-гинекологической патологии, диагностируемой эхографически, эктопическая беременность встречается чаще, чем ВПР плода и злокачественные заболевания. А в клинике ургентной гинекологической патологии — занимает второе место после апоплексии Я. Кроме того, вполне понятно, что показатель удельного веса ВМБ, составляющий 2,5% от всех женщин с БРС, — не более чем усредненное значение. В некоторых районах крупных городов он достигает 4% и выше. Также нельзя забывать, что частота трубных nidаций имеет стойкую (из года в год) тенденцию к увеличению.

Таким образом, представление об эктопической беременности как о редком заболевании — не более чем миф. Поэтому, с учетом значительной угрозы, которую представляет собой данная патология для репродуктивной системы и даже самой жизни женщины, эходиагност должен постоянно помнить о возможности трубной имплантации и быть готовым к ее верификации... в любой непредсказуемый момент. Это состояние обозначается (по аналогии с «онкологической настороженностью») как высокий уровень ВМБ-настороженности. Данное понятие требует от эхолога рассмотрения возможности эктопической nidации в качестве обязательной альтернативной концепции исследования во всех сомнительных наблюдениях: в первую очередь, при обследовании всех женщин с предполагаемой БРС, особенно если в процессе эхолокации Пл/Я в полости М не определяется (группа повышенного риска); а также в большинстве клинических ситуаций, приведенных в главе III. При этом именно ВМБ-настороженность мотивирует необходимость проведения направленного (целеустремленного и скрупулезного) УЗ-поиска эхосимптомов трубной беременности, являющегося залогом эффективного распознавания указанной патологии. В противном случае диагностический процесс заранее обречен на ошибку... даже при наличии за пределами М довольно крупного эмбрионального объекта, УЗ-симптоматика которого патогномична для прогрессирующей ВМБ.

О., 30 лет. Первоначальное эхосканирование выполнено при менструальной задержке 19–20 дней (гравитест ⊕, жалоб нет, планирует сохранение беременности): Э = 16 мм... Пл/Я не обнаружено... Патологических О и свободной жидкости в полости м/таза не выявлено. Рекомендовано — «консультация гинеколога, УЗ-контроль через неделю». В то же время при осмотре лечащий врач обратил внимание на странное и подозрительное расхождение: при 20-дневной задержке месячных (соответствующей 5 НБ) и ⊕-тесте на ХГ в процессе сканирования Пл/Я в полости М не определяется (ВМБ?). Пациентке предложено, не дожидаясь срока проведения контрольного УЗИ, пройти дополнительное обследование.

Повторное УЗИ на следующий день после неинформативного первого исследования.



Рис. 18. Диагностическая ошибка.

Слева от М, кзади и ниже от левого Я, выявлено эктопическое Пл/Я: общий размер 23 мм в Ø, величина полости 14 × 11 мм, в просвете амниона отчетливо виден пульсирующий эмбрион (5 × 3 мм), в области верхнего полюса амниона имеется избыточное утолщение капсулы — ворсинчатый хорион.

Патогномоничная эхокартина прогрессирующей ВМБ, 5 НБ.

У некоторых беременных гиподиагностика трубной имплантации отмечается, когда внематочная эмбриональная камера располагается вплотную к ипсилатеральному Я и неверно расценивается во время эхолокации в качестве ЖТ (кистозного или мягкотканно-жидкостного) или, реже, персистирующей фолликулярной полости. В самом деле, УЗ-симптоматика эктопического Пл/Я до 4–5 НБ — без изображений эмбриона и желточного мешка в амнионе — может быть идентичной кистозному варианту ЖТ-беременности, а топографически отличить последнее от патологического гравидарного объекта, локализующегося рядом с Я, иногда бывает очень сложно.

Пути преодоления указанных затруднений (является ли замеченное О параовариальным или оно исходит из Я?) уже приведены в предыдущих главах. В двух словах, дифференциация сводится к: 1) прицельному изучению контуров обоих объектов (контур параовариального жидкостного О не пересекается с внешней границей Я, а между ними обычно выявляется узкий низкоплотностной промежуток — «зазор»); 2) регистрации раздельной подвижности их относительно друг друга во время дозированного пальпаторно-тракционного исследования — при ВМБ, как правило, отмечается «симптом скольжения» Пл/Я вдоль наружного контура Я, или наоборот.

Рассматривая различные модификации расхождений УЗ-данных при прогрессирующей ВМБ, нельзя обойти вниманием еще одну, довольно неприятную (для все участников диагностическо-лечебного процесса), коллизию. Суть дела в том, что в ряде случаев эхографически установленный (точно или ориен-

тировочно) на амбулаторном этапе обследования диагноз трубной беременности после госпитализации не получает своего подтверждения в результате повторного сканирования. Иными словами, врачу-УЗИ гинекологического стационара не удается визуализировать гравидарный параметрально-параовариальный объект, незадолго до этого выявленный и верифицированный в качестве внематочного Пл/Я эхографистом доклинического звена акушерско-гинекологической помощи.

При этом и лечащий врач, и больная автоматически попадают в весьма затруднительное, двойственное положение. В частности, беременная, осознавая ту опасность, которую несет для нее эктопическая имплантация, постоянно испытывает вполне понятное и довольно мучительное беспокойство («что будет со мной дальше?», «кто прав?», «а вдруг...»). Ведь ничего нет хуже неизвестности и ощущения неуверенности в завтрашнем дне. Примерно такие же вопросы и сомнения возникают и у лечащего врача, который в столь непростой и противоречивой ситуации несет ответственность за «судьбу» пациентки. И поэтому, исходя из данных дополнительного обследования (особенностей анамнеза, гинекологического осмотра, тестирования мочи и крови на ХГ), а главное — основываясь на собственном опыте и интуиции, должен сделать оптимальный клинический выбор. С одной стороны, гинекологу стационара нужно принять решение — кому верить: «своему» эходиагносту или результату первичного УЗИ? С другой стороны, перед ним стоит дилемма — какую избрать тактику дальнейшего ведения больной: выполнить диагностическую (лечебно-диагностическую) операцию или отдать предпочтение динамическому наблюдению, вплоть до получения более конкретных сведений, позволяющих «склонить чашу весов» в ту или иную сторону (ВМБ, эконегативная форма маточной беременности, НМЦ). Причем в случае прогрессирующей трубной беременности сложность задачи усугубляется, как правило, бессимптомным течением патологического процесса и тем, что концентрация ХГ в крови нередко соответствует нормальным, физиологическим значениям.

В подавляющем большинстве подобных наблюдений гинеколог стационара отказывается от экстренной лапароскопии, так как почти всегда доверяет только данным «своего» УЗИ (отрицательным в плане эктопической имплантации) и выбирает выжидательную тактику. Совершенно оправданное решение как с позиции формально-юридической логики, так и с точки зрения так называемого «местного» патриотизма. Однако нельзя забывать, что при ВМБ «стрелки часов могут остановиться» в любой совершенно непредсказуемый момент, и тогда динамическое клинико-эхографическое наблюдение зачастую оканчивается катастрофой — острым прерыванием трубной беременности. В такой ситуации не стоит доверять «спокойствию и пустоте» в полости м/таза, фиксируемым при настоящем исследовании. Они обманчивы, временны и, как известно, таят угрозу серьезных осложнений.

Ш., 22 года. Первоначальное эхографическое исследование в ЖК по месту жительства (задержка 14 дней, тест на ХГ ⊕, жалоб нет, заинтересована в рождении ребенка) — в полости М лоцируется гипертрофированный свыше 12 мм децидуальный Э, Пл/Я нет.

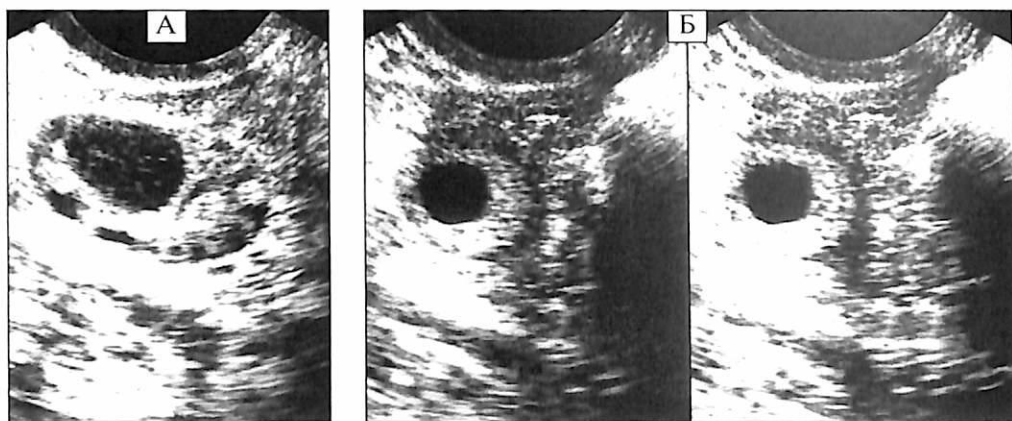


Рис. 19.1 (А, Б). Расхождение результатов первичного (амбулаторного) и повторных (в стационаре) УЗИ при прогрессирующей ВМБ.

А. Правый Я с кистой ЖТ (19 × 20 мм, структура мелкодисперсная).

Б. Изолированное изображение эктопического Пл/Я.

При смещении ТВ-датчика несколько вверх, кзади и медиальнее от правого Я, обнаружен патологический параовариальный объект мягкотканно-жидкостного строения, сферической формы: 16 мм в Ø; полость 9 мм в Ø, стенки ее муфтообразно, но неравномерно утолщены от 3 (по верхне-латеральному краю) до 6 мм (вдоль медиальной поверхности и нижнего полюса).

Заключение: ВМБ (4 НБ), справа; без УЗ-признаков прерывания.

Госпитализация. Гинекологический осмотр (лечащий врач, заведующая отделением) показал косвенные признаки наступившей беременности (некоторое увеличение и размягчение М, цианоз слизистых), патологических симптомов не определялось. В процессе УЗИ Пл/Я за пределами М, а также каких-либо других патологических О в полости м/таза не выявлено. Концентрация ХГ в сыворотке крови соответствовала физиологической беременности сроком 3–4 НБ. Пациентке даны следующие пояснения: 1) при комплексном обследовании (клиническом, эхографическом, биохимическом) данных за ВМБ не получено; 2) что же касается результатов первичного УЗИ, свидетельствовавших в пользу эктопической беременности, то, скорее всего, эхографист ЖК ошибочно принял кистозное ЖТ Я за эктопическое Пл/Я (странное объяснение — ведь в УЗ-протоколе и на прилагаемых иллюстрациях Я с кистой ЖТ и эктопическое Пл/Я были представлены в виде самостоятельных, не связанных друг с другом О); 3) отсутствие УЗ-изображения Пл/Я в М расценено как довольно часто встречающаяся на раннем сроке эхонегативная форма маточной имплантации.

Ш. была совершенно успокоена, но все же оставлена в больнице для УЗ-контроля и оценки уровня ХГ в динамике. В течение последующих 6 дней (жалоб не предъявляет) выполнены еще два УЗИ — эхокартина прежняя: признаков трубной беременности нет, Пл/Я в М не видно. Показатель нарастания концентрации ХГ был в пределах нормы. В течение этого времени проводилось лечение гестагенами, так как «мазок на угрозу» был положительным. Однако неожиданно развилась типичная клиника массивного кровотечения в полость м/таза. Лапаротомия по неотложным показаниям — прервавшаяся, по типу разрыва МТр, правосторонняя трубная беременность.

В том случае, если поступившая в больницу женщина с установленным амбулаторно УЗ-диагнозом «ВМБ» в сохранении беременности не заинтересована, а при эхолокации в стационаре этот диагноз не подтверждается, нередко выполняется выскабливание полости М. Затем — отсутствие в соскобе элементов хориона (гистологически), а также наличие по-прежнему положительной

реакции на ХГ, причем без существенной тенденции к снижению концентрации гормона, убеждают клиницистов в высокой степени вероятности эктопической имплантации (даже без повторного эхографического подтверждения) и, соответственно, в необходимости лапароскопии.

Другие больные, после того как в процессе динамического клинко-эхографического обследования в стационаре прямых признаков трубной беременности не выявляется, выписываются для наблюдения в ЖК... а потом вновь поступают в ту же (или другую) больницу с симптомами прерывания ВМБ. Реже негативный ответ второго УЗИ в сочетании с отсутствием жалоб и патологических изменений при осмотре гинеколога (в приемном отделении) служит причиной отказа в госпитализации... Финал тот же.

Н., 33 лет. УЗИ перед медикаментозным прерыванием нежелательной БРС (задержка 13–14 дней, два грави-теста ⊕, болей и кровянистых выделений нет.

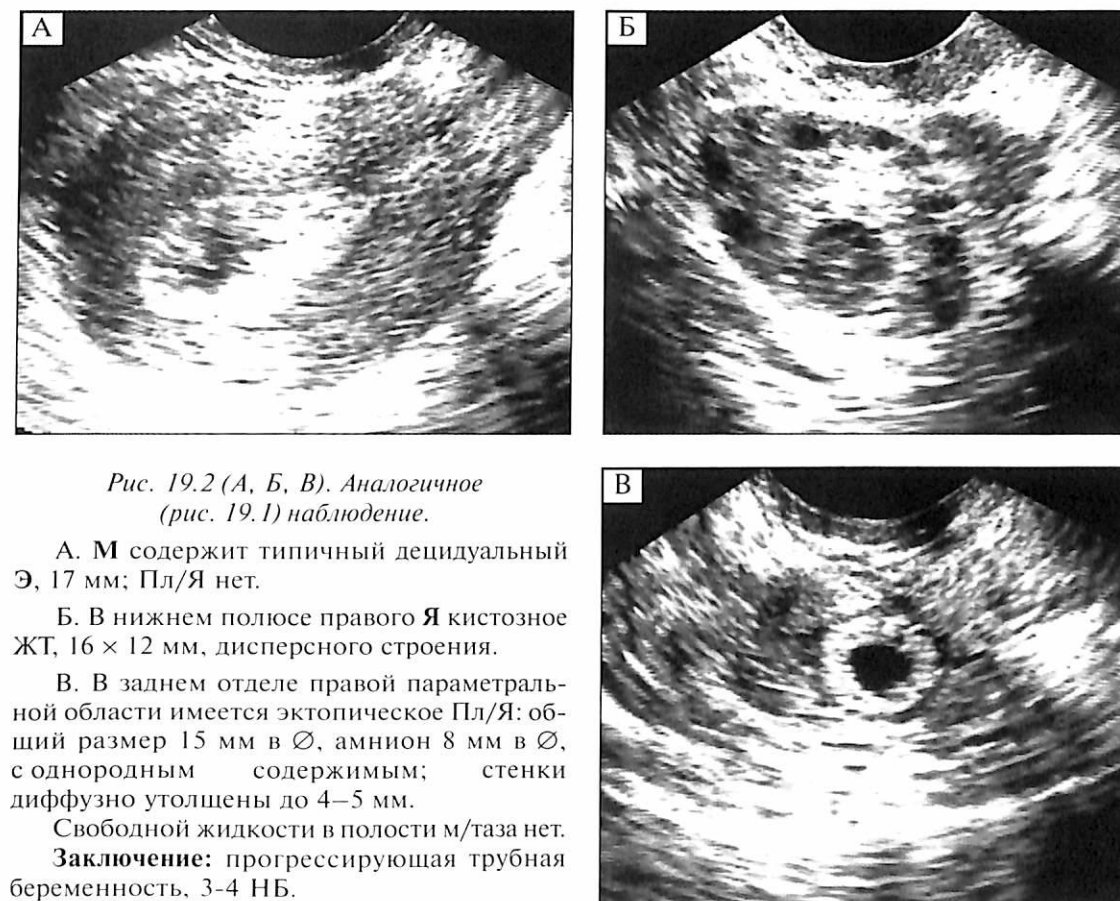


Рис. 19.2 (А, Б, В). Аналогичное (рис. 19.1) наблюдение.

А. М содержит типичный децидуальный Э, 17 мм; Пл/Я нет.

Б. В нижнем полюсе правого Я кистозное ЖТ, 16 × 12 мм, дисперсного строения.

В. В заднем отделе правой параметральной области имеется эктопическое Пл/Я: общий размер 15 мм в Ø, амнион 8 мм в Ø, с однородным содержимым; стенки диффузно утолщены до 4–5 мм.

Свободной жидкости в полости м/таза нет.

Заключение: прогрессирующая трубная беременность, 3–4 НБ.

Н. направлена в гинекологический стационар. Осмотр дежурного гинеколога в приемном отделении — со стороны М и ее придатков патологических изменений не обнаружено. УЗИ: в М Пл/Я нет, данных за ВМБ не получено, для уточнения предложено сделать дополнительное исследование через неделю.

При повторном собеседовании в приемном отделении пациентке было отказано в госпитализации, потому что ни клинических, ни эхографических признаков трубной беременности не определялось — «картина совершенно спокойная», «...мы убеждены, что через неделю будет определена обычная маточная беременность». Характерная деталь. Во время разговора с больной дежурным гинекологом высказывались недопустимо резкие (и как потом выяснилось, совершенно несправедливые) слова осуждения в адрес эколога, выполнившего первичное УЗИ и диагностировавшего ВМБ. Например: «Это недопустимо, когда люди, толком не умеющие делать УЗИ, понапрасну нервничают больных своими домыслами...», «создают серьезные проблемы, а потом нам приходится все это расхлебывать», «неграмотно выполненное исследование...» и т.п. А в заключение, с учетом решения Н. прервать беременность, было предложено: «Приходите (после УЗ-подтверждения физиологического характера беременности) прямо к нам. Все сделаем».

Последующие события развивались довольно типично. На следующий день возмущенная пациентка явилась в учреждение, где была обследована первично. Устроила скандал (лейтмотивом которого были обвинения в адрес диагностической службы), высказала угрозу «продолжить разборки» в других инстанциях и потребовала вернуть потраченные средства (что и было сделано незамедлительно). Еще через 3 дня, на 5-е сутки после отказа в стационарном лечении и наблюдении, возникли сильные схваткообразные боли внизу живота, женщина потеряла сознание... и была госпитализирована в ту же больницу → неотложная операция по поводу острого нарушения правосторонней трубной беременности.

Приведенный пример, как в зеркале, отражает в себе «темные закоулки» человеческого сознания. Он показывает, насколько это несправедливо, недостойно и даже опрометчиво — априорно подозревать, а тем более обвинять своих коллег в некомпетентности. Собственно говоря, люди в большинстве своем самонадеянны и далеко не всегда задумываются о последствиях своих высказываний... Главное же заключается в том, что каждый клиницист, работающий в сфере оперативной гинекологии, должен внимательно прислушиваться к любому упоминанию о возможности трубной имплантации. Независимо от того, на каком этапе обследования это сделано. Тем самым реализуется принцип высокой ВМБ-настороженности, без которой невозможны своевременные распознавание и устранение данной патологии.

Существует мнение — то, что обнаружил один врач-УЗИ, в том случае если эта находка существует на самом деле, всегда сможет увидеть и другой специалист... Однако реалии клинической работы зачастую опровергают указанный тезис. Так, если при решении рутинных эхографических задач правило преемственности или, точнее, повторяемости результатов УЗИ (при обследовании одной и той же больной разными экологами на протяжении небольшого хронологического периода) в основном действует, то при верификации такой сложной для эходиагностики патологии, как ВМБ, далеко не каждый исследователь в состоянии работать одинаково успешно. Следовательно, по отношению к трубной имплантации вполне достойная и широко распространенная установка «производственной корпоративности» — «мы верим только своему УЗИ...» — очень часто оказывается неверной и даже вредной. В связи с этим, а также помня о значительных трудностях УЗ-распознавания эктопической беременности, ответственный за «судьбу» больной лечащий врач просто обязан учитывать личный профессиональный рейтинг специалиста, сформулировавшего этот диагноз... поскольку ценность любой информации определяется степенью

авторитетности ее источника. Ведь не секрет, что нередко в амбулаторных медицинских учреждениях практикуют более опытные и одаренные специалисты, чем в стационарах.

В то же время нельзя забывать, что изустные «мифы» о профессиональных качествах различных УЗ-диагностов, бытующие среди пациенток и врачей, субъективны и часто базируются на единичных случаях ярких диагностических успехов или неудач. Некоторых специалистов считают очень хорошими, хотя они всего-навсего обладают цепкой памятью и убедительной манерой сверхподробного изложения результатов исследования в УЗ-протоколе. Других — считают недалекими только потому, что они лаконичны. В действительности же надо выбирать одно из двух: либо самому «слушать» себя, либо заставлять окружающих (и в первую очередь клиницистов, планирующих, исходя из данных УЗИ, тактику ведения больной) прислушиваться к вашему мнению.

Впрочем, ретроспективный анализ сложных и спорных наблюдений всегда страдает необъективностью (с большой долей предвзятости) и излишней эмоциональностью. На каком бы уровне он ни проводился. В этом состоит основная слабость подобных обсуждений. В том, что мы апеллируем к здравому смыслу, но оперируем преимущественно эмоциями, которым противостоят жесткая статистика (не менее 2,4% эктопических имплантаций среди всех случаев БРС, а также — постоянное увеличение частоты этой патологии) и, к сожалению, весьма неприятный факт — низкая выявляемость прогрессирующей ВМБ.

Трубный аборт

Все неблагоприятные обстоятельства — объективные и субъективные трудности, — осложняющие УЗ-диагностику прогрессирующей эктопической беременности, справедливы и по отношению к нарушенной ампулярно-трубной имплантации. Вместе с тем, значительная частота данной патологии (среди всех типов ВМБ) и специфика ее эхографической симптоматики (глава II) делают интересным и полезным более детальное изучение ряда частных моментов.

Начальная фаза трубного аборта характеризуется наличием небольшой ретрохориальной гематомы, располагающейся вплотную к внешнему контуру эктопического Пл/Я. Диагностические затруднения такие же, как и при выявлении нарушенной трубной беременности тех же сроков. Незначительная по размерам эмбриональная камера вместе с ограниченным (перифокальным) геморрагическим депо просто-напросто теряется на фоне изображения петель Ки, в меньшей степени, крупных сосудов.

П., 35 лет (задержка 10 дней, мочевые тесты на ХГФ, жалоб нет, в сохранении беременности заинтересована), обратилась в УЗ-кабинет для подтверждения факта наступившего зачатия («а вдруг тесты врут?») и чтобы удостовериться, что у нее нормальная, «а не какая-нибудь внематочная» беременность. УЗИ показало отсутствие как Пл/Я в М, так и патологических О в полости м/таза — УЗ-контроль через не-

дельный интервал. Осмотревший П. гинеколог не обнаружил никаких тревожных симптомов и согласился с предложенной тактикой.

Крайне встревоженная тем, что «Пл/Я не нашли», а у ее подруги «точно такая же история закончилась операцией в связи с острым нарушением ВМБ», больная решила пройти дополнительное исследование в другом учреждении (через 3 дня после первого УЗИ).

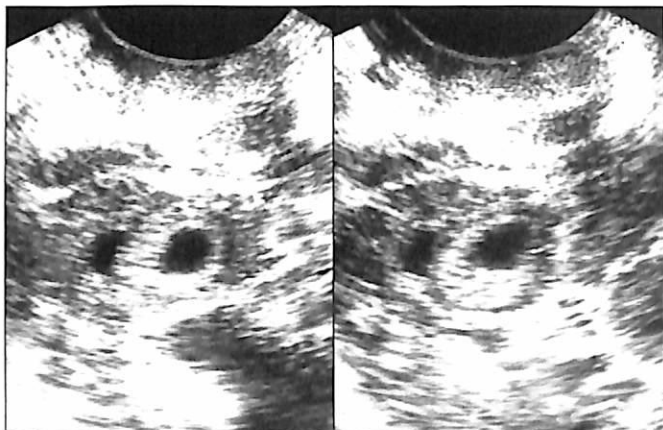


Рис. 20. Расхождение результатов УЗИ на начальном этапе прерывания ампулярной трубной имплантации (3–4 НБ). Эктопическое Пл/Я с незначительной ретрохориальной гематомой.

Изолированное (от М и Я) изображение параметрально-параовариального жидкостного О (общий размер 20 × 13 мм, полость 11 × 6 мм, капсула от 3 до 6 мм) и небольшого скопления жидкости (7 × 3 мм) вдоль наружного контура его латеральной стенки.

Разумеется, увидеть приведенный на рис. 20 патологический очаг очень трудно. Так, хориальная оболочка ectopического Пл/Я по своим плотности и структуре неотличима от компактных фекальных масс, а собственно эмбриональная полость и ретрохориальное скопление крови имитируют просвет параметральных сосудов. Успешная визуализация такого объекта — весьма небольшого, эхографически неоднородного и потому обычно плохо дифференцируемого на фоне окружающих органов и тканей — довольно редкое событие.

В ряде случаев, при минимальной выраженности местных (в просвете МТр) явлений нарушения ВМБ, наблюдаются довольно характерные клинические и эхографические признаки трубного аборта. Наличие этих симптомов, или появление их в ходе наблюдения, стимулирует процесс направленного УЗ-поиска и тем самым способствует УЗ-выявлению тубарного гравидарно-геморрагического О.

УЗИ перед мини-абортом (задержка 10 дней, тест ⊕, жалоб нет): Пл/Я в М и за ее пределами не обнаружено, патологических О и свободной жидкости в полости м/таза нет, назначен УЗ-контроль через неделю. Повторное исследование (задержка 17 дней, жалоб нет) — без динамики. Рекомендации: консультация гинеколога, дополнительное сканирование с тем же интервалом. При гинекологическом осмотре патологических изменений со стороны М и ее придатков не определялось, что позволило одобрить продолжение УЗ-мониторинга.

Через 2 дня появились умеренно выраженные схваткообразные боли внизу живота с иррадиацией в крестец, продолжавшиеся не более часа. Затем интенсивность болей уменьшилась, но остались дискомфорт и тянущие ощущения в правой подвздошной области и пояснице. На следующий день женщина отметила наличие скудных темных выделений из половых путей. Вагинальное исследование показало резкую болезненность «движений за матку». С предварительным диагнозом «нарушенная

трубная беременность» пациентка срочно направлена на УЗИ... в третий раз (при менструальной задержке 20 дней, что соответствовало гестационному сроку 5 НБ) в тот же кабинет, к тому же специалисту.

Рис. 21 (1, 2). Эхокартина начальной фазы нарушения ВМБ (ectopическое Пл/Я = 5 НБ и небольшая ретрохориальная гематома) в сочетании с УЗ-симптоматикой экстраутробного кровоизлияния (свободная жидкость позади М), выявленная на третьем этапе УЗ-мониторинга — через 2–3 дня после последнего из двух неинформативных исследований.

Трансабдоминальное УЗИ.

1. Продольный эхосрез М: диффузно увеличена в размерах (5–6 НБ); содержит (так же, как и при двух предыдущих исследованиях) утолщенный до 13–14 мм Э, без Пл/Я. Но, в отличие от предшествовавших УЗИ, позади М отмечено умеренное количество свободной жидкости — излившаяся из МТр в полость м/таза кровь.

Наличие свойственных трубному аборту клинических проявлений, в совокупности с УЗ-картиной экстраутробного кровотечения, «заставили» исследователя с удвоенной энергией и вниманием провести направленный поиск прямых эхосимптомов трубной беременности.

2. Поперечно-косая проекция обзорного сканирования правой параметральной области.

Справа от М, отдельно от УЗ-изображения Я, обнаружена внематочная эмбриональная камера (амнион 18 × 12 мм, толщина капсулы 4–8 мм), в просвете которой видны пульсирующий эмбрион и желточный мешок. Кроме того, в области внешнего контура верхнего полюса О замечено ограниченное скопление жидкости (10 × 4 мм).

Диагностирована нарушенная, но в то же время прогрессирующая (из-за весьма незначительной отслойки хориона) трубная беременность с умеренно выраженным кровотечением в позади-маточное пространство.

Результаты трансабдоминального УЗИ подтверждены при ТВ-исследовании и затем на операции.

Околозародышевая (тубарная) гематома I стадии.

Представляет значительные сложности для достоверной эхографической верификации из-за целого ряда УЗ-морфологических особенностей патологического очага: 1) небольшие размеры — ширина просвета МТр с эмбрионально-геморрагическим содержимым (Пл/Я и околозародышевое депо крови) редко превышает 18–20 мм, а протяженность обычно не более 30 мм; 2) ectopическое Пл/Я, как правило погибшее, существенно уменьшено в объеме, стенки его истончены и тяжисты, амниотическая жидкость с мелкоячевыми включениями; 3) дискретность околозародышевого геморрагического скопления за счет чередования однородной жидкости и дисперсных участков. Совокупность указанных



негативных (с точки зрения УЗ-визуализации) черт делает такой объект зачастую неотличимым от просвета **К**. К тому же, этому способствует нередко сопутствующая нарушенной ампулярно-трубной беременности дискинезия **К**, вызывающая метеоризм, избыточное накопление в кишке твердых фекальных масс и жидкости со взвешенными дисперсными и зернистыми включениями. В результате, неоднородное изображение жидкостного интратубарного **О** блокируется, перекрывается еще более неоднородным фоном и поэтому может «ускользнуть» от взгляда даже весьма искушенного исследователя.

УЗИ с подозрением на БРС (срок гестации 4 НБ): в **М** Пл/Я нет; Э 14 мм, с признаками децидуальной перестройки; данных за органическое поражение **Я** нет, свободной жидкости в полости м/таза нет. Осуществлен направленный поиск эмбрионального объекта за пределами **М**, в процессе которого создавалось впечатление о присутствии в правой параметральной области неоднородного жидкостного **О**, подозрительного на нарушенную трубную беременность. Однако проводивший сканирование эхолог не смог получить достаточно убедительного изображения патологического очага, чтобы с уверенностью констатировать факт ВМБ. Принято решение — продолжить исследование со своим коллегой (после окончания смены, в тот же день).

При дополнительной эхолокации, выполненной другим врачом-УЗИ (уже введенным в курс дела) совместно с предшествовавшим ему специалистом, удалось довольно достоверно, но со значительными трудностями, связанными с экранирующим влиянием **К** и относительно небольшими размерами **О**, визуализировать эмбрионально-геморрагический тубарный объект.

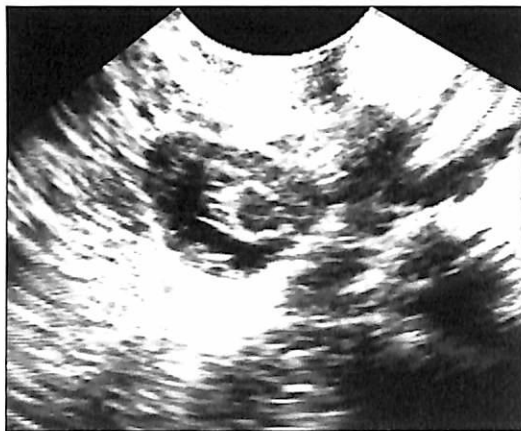


Рис. 22. Трубный аборт с формированием в просвете беременной **МТр** околозародышевой гематомы I стадии. Пример эффективного и оперативного использования коллективных, взаимодополняющих исследовательских усилий двух эхологов для разрешения сложной диагностической ситуации.

Справа от **М** и отдельно от правого **Я** (медиальнее, чуть ниже и кзади от него) имеется параовариальное жидкостное **О** 26 × 18 мм, с тонкими стенками и дискретным содержимым. Внутри этой полости имеется погибшее эктопическое Пл/Я, почти полностью отслоенное от плодместилища: стенки истонче-

ны, структура амниона дисперсная (результат кровоизлияния), обращенный в просвет трубы контур тяжистый за счет осевших на поверхности зародыша сгустков крови. Эмбриональная камера почти со всех сторон окружена инкапсулированной (стенками **МТр**) жидкостью с множественными организующимися геморрагическими элементами тяжелого типа.

Говоря о серьезных затруднениях и ошибках, неизменно подстерегающих врача-УЗИ на догоспитальном этапе диагностики эктопической беременности, полезно напомнить, что независимо от фазы течения почти каждый случай данного заболевания — это внезапно возникший сложный клинический «эксперимент» (а может быть экзамен?) со многими неизвестными. При полной невозможности со

стороны исследователя уклониться от участия в нем и разрешаемый в жестких рамках необходимости оперативного овладения критической ситуацией. Для этого совершенно неосценимую помощь оказывает такой простой и эффективный, но к сожалению незаслуженно забываемый или по тем или иным причинам игнорируемый способ уточнения неясного диагноза, как консультация. Например: 1) организация УЗИ совместно с одним из своих коллег; 2) в случае невозможности коллективного исследования — «передача» пациентки (телефонный звонок, записка, устная просьба) для повторного сканирования напарнику по работе; 3) направление больной в другое медицинское учреждение.

Конечно же, каждый врач стремится самостоятельно разобраться в любой доверенной ему диагностической задаче. Однако нельзя забывать, что при распознавании столь трудной для УЗ-верификации и противоречивой патологии, как трубная беременность, иногда бывает достаточно элементарной перемены «глаза и руки» исследователя... и невидимый во время первого УЗИ патологический объект может быть сравнительно легко обнаружен другим эхологом (даже при проведении повторной эхолокации в один и тот же день). И, довольно часто, дело тут вовсе не в низкой квалификации или невнимательности специалиста, проводившего первичное сканирование. Просто такая уж это патология — ВМБ, когда эффективность УЗИ нередко зависит от многих непредсказуемых, разнообразных и даже необъяснимых факторов. К примеру таких, как субъективное восприятие эхокартины разными диагностами, профессиональная интуиция, постоянно меняющееся состояние кишечника, индивидуальные особенности эхосканирования, диагностический успех, разные степени наполнения **МП** и др.

Организованная тубарная гематома (с Пл/Я или без него).

Данная модификация эхокартины фазы прерывания ампулярно-трубной беременности встречается довольно часто, поскольку характерна для хронической и подострой форм течения трубного аборта. В то же время успешное УЗ-распознавание этой патологии наблюдается довольно редко.

Как уже отмечалось в соответствующем разделе главы II, кардинальная причина подобного положения дел заключается в том, что в отечественной и зарубежной литературе эхографическая симптоматика ВМБ в основном сводится к визуализации Пл/Я за пределами **М**. При этом самому факту возможности обнаружения при нарушенной ампулярной имплантации компактного скопления организованных сгустков крови, ограниченного стенками трубы (в виде параовариальной геморрагической полости — тубарной гематомы), не уделяется заслуживающего того внимания. Или же приводятся лаконичные упоминания о вероятности подобных УЗ-находок, без подробной иллюстративной «оснащенности» и систематизированного описания эхопризнаков. Иначе говоря, прибегая к сленговым формулировкам, имеет место «нераскрученная тема». В результате, при наиболее типичных для трубной имплантации хронической и подострой формах трубного аборта зачастую все усилия значительного числа неадекватно информированных врачей-УЗИ (безуспешно пытающихся выявить аналог маточной беременности (Пл/Я) за пределами **М**) оказываются неэффективными для

манифестации заболевания. Ведь наиболее частый (типичный) вариант эхокартины трубного аборта — организованная тубарная гематома.

Кроме того, нельзя забывать, что внутри этого **О** изображение погибшего, отслоенного от плодместилища, имбибированного кровью Пл/Я сливается с геморрагическим содержимым трубы и, чаще всего, не выявляется вовсе; или, частично утратив характерные черты эмбрионального объекта, визуализируется с трудом и весьма неубедительно. Следовательно, в рассматриваемой ситуации (отнюдь не редкой) главным прямым эхопризнаком прерывающейся эктопической беременности (трубного аборта) является обнаружение патологической параовариальной полости, компактно заполненной сгустками крови. Тем более что такой «классический» симптом нарушенной ВМБ, как наличие свободной жидкости (излившейся из МТр крови) в м/тазу, с одной стороны, встречается далеко не во всех наблюдениях, с другой — субъективен и непостоянен.

Б., 32 лет. Первичное УЗИ в одном из негосударственных медицинских центров (задержка 10 дней, беспокоят непостоянные ноющие боли в правой подвздошной области, сделано два гравитеста — первый $\ominus$, второй $\oplus$): данных за беременность не получено; диагностирована ЖГЭ, развившаяся на фоне функциональной кисты правого **Я**. Предложено выскабливание полости **М** и гормонотерапия. От указанных мероприятий женщина отказалась, так как была заинтересована в сохранении беременности.

Б. обратилась в ЖК по месту жительства, где перед консультацией гинеколога выполнено УЗИ (задержка 12–13 дней, жалобы прежние, еще один мочевой тест на ХГ $\oplus$). Выписка из протокола исследования: «В **М** и вне **М** Пл/Я нет...», «...киста (фолликулярная или ЖТ?) правого **Я**...», «свободной жидкости в полости м/таза нет, контроль через неделю». Однако при гинекологическом осмотре справа от **М** обнаружено болезненное тубоовариальное **О**, и с предварительным диагнозом «нарушенная трубная беременность, справа?» пациентка была госпитализирована.

УЗИ в стационаре — диагностическая информация та же, что и на предыдущих этапах обследования. Вместе с тем лечащий врач, на основании данных вагинального исследования и тестирования крови на ХГ, а также с учетом жалоб и отрицательных (в плане маточной имплантации) результатов трех УЗИ, сформулировал показания к лапароскопии по поводу ВМБ. Но, принимая во внимание сомнения, надежды и просьбы больной, все же согласился на незначительную отсрочку для проведения еще одного, последнего эхосканирования.



Рис. 23. Расхождение результатов УЗИ, когда организованная тубарная гематома (без Пл/Я) была выявлена только на четвертом этапе эхографического обследования (в течение 5 дней, в разных медицинских учреждениях).

В пространстве между правым **Я** (с кистой ЖТ, 16 мм в $\varnothing$) и **М** имеется патологическое параовариальное **О**: 42 × 28 мм, правильной овальной формы, стенки тонкие, содержимое дисперсное — представлено множественными компактно расположенными эхопозитивными элементами мелкоячевого и точечного типов. Топографические особенности: 1) правый

Я определяется в верхней левой части эхограммы, рядом с латерально-верхним краем **О**; 2) в остальных отделах границы объекта окружены изображением просвета **К**.

Целесообразно подчеркнуть: как автор убедился на собственном позитивном и негативном опыте и на примере своих ближайших коллег, а также исходя из сравнительной оценки работы других УЗ-кабинетов, включение эхосемиотики организованной тубарной гематомы в диагностический арсенал исследователя существенно улучшает показатели своевременного распознавания эктопической беременности.

Я., 26 лет. Выписка из протокола УЗИ по поводу нежелательной беременности (период «физиологической аменореи» 17–18 дней): «Э утолщен до 15–16 мм, Пл/Я в **М** не выявлено... Патологических **О** и свободной жидкости в полости м/таза нет... Рекомендации — УЗИ через неделю, тест на ХГ, консультация гинеколога».

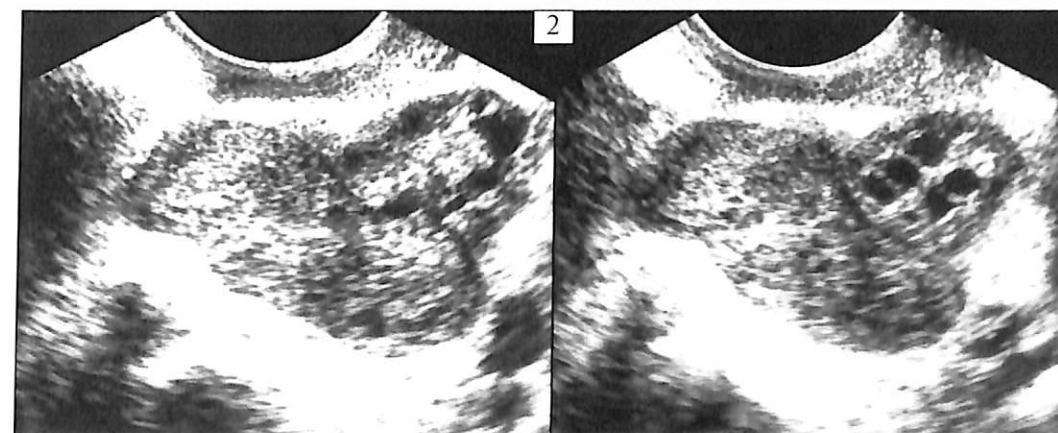
При гинекологическом осмотре (на следующий день) отмечены следующие детали клинической картины: субъективно — постоянное ощущение дискомфорта внизу живота и эпизодические темные выделения; объективно — «вытянутое, слегка болезненное **О** в левой половине м/таза». Заподозрена трубная беременность, что косвенно подтверждалось отсутствием Пл/Я в **М** при сроке гестации 4–5 НБ и положительной реакцией мочи на ХГ. В связи с этим женщина буквально «за руку» была отведена в УЗ-кабинет для повторного сканирования.

Рис. 24 (1, 2). Диагностическая ошибка.

1. **М**. Децидуальный Э, толщиной 16 мм. Изображения Пл/Я или косвенных признаков маточной имплантации нет. Позадиматочное пространство свободно.

2. Разные ракурсы ТВ-УЗИ, показывающие параовариальный объект и **Я**.

Слева от **М**, в области нижнего полюса левого **Я** — вплотную к нему, но все же отдельно — определяется патологическое инкапсулированное **О** неправильной вытянутой формы; 57 × 22 мм, контуры волнистые, четкие; структура мелкодисперсная, УЗ-изображения Пл/Я на этом фоне нет.



Заключение: нарушенная трубная беременность слева, с формированием организованной тубарной гематомы; без признаков кровотечения в полость м/таза.

Операция: левая МТр расширена на значительном протяжении, резко гиперемирована, туго-эластической консистенции. Тубэктомия (во время вскрытия трубы эвакуировалась полужидкая кровь со сгустками и фибринозными пленками). Гистологически — в истонченной стенке трубы ворсинки хориона, с очагами микро nekроз и дегенеративно измененным трофобластическим эпителием.

Разумеется, одной информированности о возможности выявления при нарушенной ВМБ организованной тубарной гематомы недостаточно для успешной диагностики. Ее еще нужно уметь обнаружить. А это почти всегда сопряжено с большими трудностями, поскольку свойственные данному О полиморфно-дисперсное строение и неправильно вытянутая форма делают его очень похожим на просвет К. Указанное сходство зачастую детерминирует такие неблагоприятные оптико-акустические условия, когда патологический очаг практически неотличим от сопредельных с ним прямой кишки или ректосигмоидного отдела, сигмы и петель тонкого кишечника.

Дифференциация достигается путем пролонгированного сканирования с фиксированным, в том месте, где обнаружен гипотетический патологический очаг, положением УЗ-датчика. При этом содержимое К отличается от геморрагического скопления в МТр подвижностью его элементов, чего никогда не отмечается внутри тубарной гематомы. Естественно, данный прием эффективен только в том случае, если эхологу удалось заметить О, подозрительное на ВМБ.

А вот это и есть самое сложное в диагностическом процессе, и удастся далеко не всем и отнюдь не в каждом наблюдении.

В., 34 года. Дважды выполнено УЗИ (с интервалом в 1 нед.) по поводу предполагаемой БРС — с негативным, в плане визуализации прямых признаков наступившей беременности, результатом. Сделано три реакции мочи на ХГ. Получены неоднозначные ответы: ⊕, ⊖, ⊕⊖. Гинекологический осмотр — без особенностей («НМЦ или БРС, показано УЗИ»).

Повторное (в третий раз) эхосканирование проведено через 3 дня после предыдущего (неинформативного) исследования. Задержка месячных 17–18 дней. Из беседы с пациенткой выяснено, что за указанное время несколько раз появлялись и проходили мажущие темные выделения, а в течение двух предшествующих настоящему обращению дней периодически возникали несильные ноющие боли внизу живота (больше справа).

Результаты эхолокации (обзорно, ТВ): в М имеется утолщенный до 14–15 мм Э, без Пл/Я. Данных за органическую патологию Я не получено. Патологических жидкостных О и свободной жидкости в полости м/таза нет.

Таким образом, гравидарный анамнез, преимущественно ⊕-реакции мочи на ХГ и указанные выше жалобы — в сочетании с фактом отсутствия УЗ-изображения Пл/Я в М при трехкратном динамическом УЗИ (тем более что на последнем этапе ожидаемый срок беременности составлял уже 4–5 НБ) — позволили вполне обоснованно заподозрить ВМБ.

В соответствии с этим предположением начат целенаправленный, многоуровневый и полипозиционный поиск симптомов эктопической имплантации.

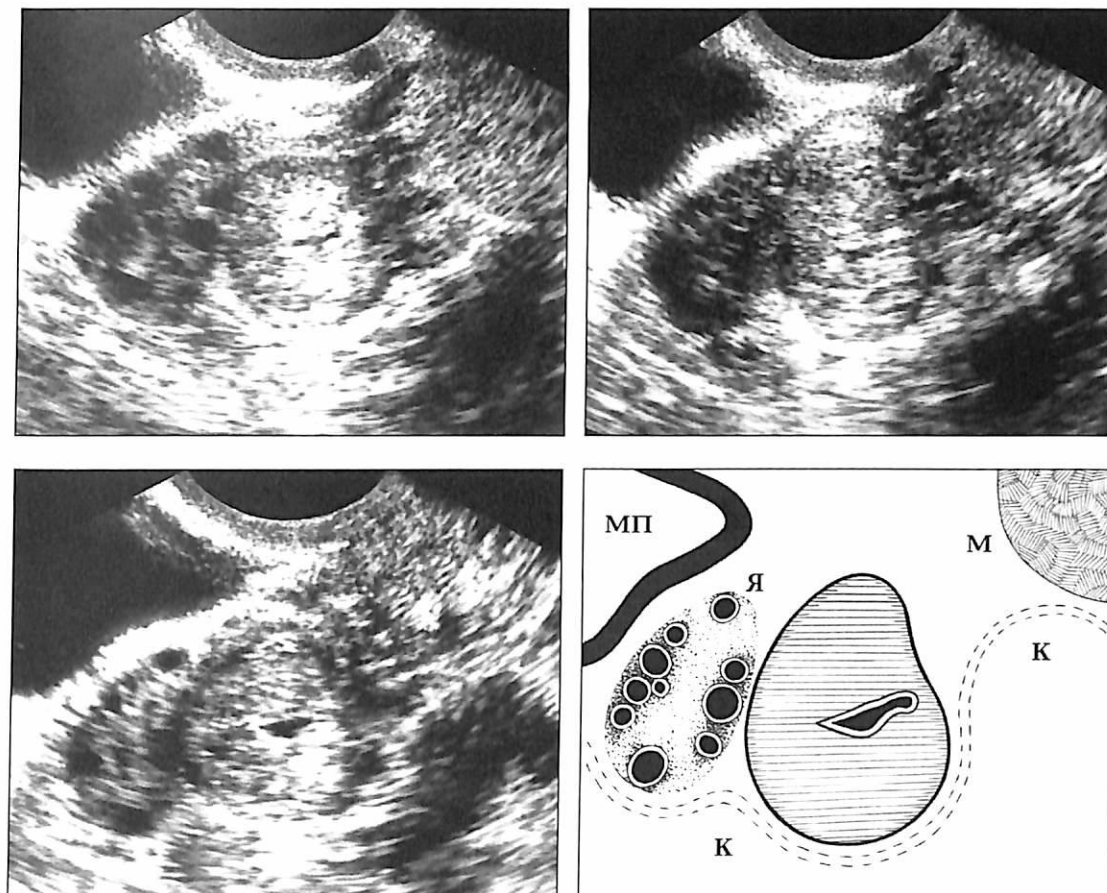


Рис. 25. Диагностическая ошибка при вялотекущем трубном аборте с формированием околозародышевой гематомы II стадии (организованной тубарной гематомы с погибшим Пл/Я).

1. Справа от М, рядом с медиальным краем правого Я, обнаружено патологическое О «грушевидной» формы, несколько болезненное при компрессии ТВ-датчиком: 37 × 25 мм, стенки тонкие, контуры ровные; содержимое — компактно расположенные эхопозитивные мелкоячеистые элементы (сгустки крови), на фоне которых в центре лоцируется неправильно вытянутая, шелевидная полость (9 × 3 мм) с однородной жидкостью (отслоенное, погибшее и деформированное Пл/Я).

Полученные данные расценены как «нарушенная трубная беременность».

В. госпитализирована. Однако при обследовании в больнице этот диагноз не получил подтверждения, а результаты «амбулаторного УЗИ» были подвергнуты резкой критике. Например, в разговоре с больной допускались такие высказывания: «Эти люди так боятся пропустить ВМБ, что им мерещится бог знает что...» или «Вам сделали неграмотное УЗИ, но куда же смотрел участковый гинеколог?» и т.п. Что же касается ⊕-реакции мочи на ХГ, то эта методика представлена больной как совершенно недостоверная. Установлен диагноз «НМЦ, ЖГЭ, обострение хронического аднексита». Выскабливание полости М, гистологически — «секреторная ЖГЭ». В течение почти 2 недель проводилось противовоспалительное лечение. Пациентка готовилась к выписке, когда неожиданно возникли сильнейшие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, правое подреберье и плечо. Появилась и быстро нарастала слабость, вплоть до обморочного состояния. С клиникой болевого и геморрагического шока В. «взята» на экстренную операцию → массивное кровотечение в полость м/таза, трубный аборт.

Приведенный пример не только иллюстрирует затронутые ранее темы о медицинской этике, межврачебных отношениях, преемственности и корпоративном духе, но и еще раз привлекает внимание к весьма распространенному явлению — многие из нас склонны к максимализму и торопливым обобщениям. Однако при решении серьезных клинических вопросов поспешность анализа и категоричность выводов нередко оказываются причинами досадных диагностических ошибок. Вероятно, тут действует простое, но часто забываемое правило: поспешные и краткосрочные решения очень часто оказываются неверными в долгосрочной перспективе.

Показанные на рис. 25 эхограммы демонстрируют высокую степень сходства структуры организованной тубарной гематомы с содержимым просвета кишки, прилегающей к патологическому очагу на значительном протяжении. Данная особенность крайне осложняет дифференциацию между ними — эктопическое гравидарно-геморрагическое **О** просто-напросто сливается с окружающими его кишечными петлями, так сказать, теряется среди них, и поэтому легко «ускользает» от взгляда эхолога. Преодолеть указанный «эффект маскировки» очень трудно. Это достигается с помощью целеустремленного, полипозиционного УЗ-поиска, осуществляемого методично и сосредоточенно, с большим напряжением внимания и всего зрительного анализатора в целом. Фактически, во время такого исследования эходиагност находится в состоянии меоза*, когда УЗ-датчик в его руках, экран эхотомографа, орган зрения и мозг превращаются в единую сканирующе-анализирующую систему. Такой методический подход к эхолокации весьма эффективен для обнаружения и идентификации объекта, «прячущегося» среди окружающих его органов и тканей, но эхографические качества которого хорошо известны исследователю.



А., 26 лет. Последняя менструация наступила своевременно, но была необычно скудной и короткой. Женщина заподозрила беременность. Мочевой тест на ХГ $\oplus$. Через 5–6 дней от начала метроррагии сделано первое УЗИ — эмбрионального объекта не выявлено. При контрольной эхолокации через неделю (второй грави-тест $\oplus$) получен все тот же негативный результат.

Консультация гинеколога: за **М** обнаружено умеренно болезненное при пальпации, ограниченно смещаемое **О**; высказано предположение о трубной беременности. Пациентка срочно направлена в УЗ-кабинет для еще одной (в третий раз) попытки уточнения диагноза.

* Меоз — принятый в парапсихологии и некоторых видах восточных единоборств термин, отражающий особое состояние сознания человека, характеризующееся отстранением от мешающих посторонних факторов с одновременным погружением в подсознание, в результате чего достигается максимальное обострение органов чувств и интуиции. В совокупности это существенно увеличивает духовно-физический потенциал и создает возможность наиболее успешных действий в критической ситуации.

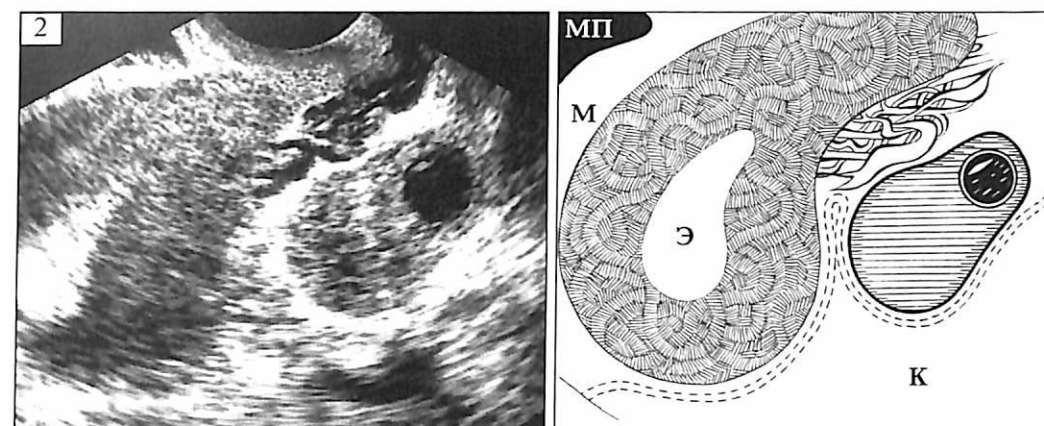


Рис. 26 (1, 2). Нарушенная ВМБ с формированием организованной тубарной гематомы (околозародышевой гематомы II стадии), локализующейся позади **М**.

1 и 2 — продольные УЗ-сечения **М** и позадиматочного-позадиматочного пространства.

М (в retroflexio) несколько больше нормы, миометрий не изменен. В полости ее определяется однородный **Э**, с нечеткими очертаниями, толщиной до 16 мм; Пл/Я нет.

Позади **М** — в области перешейка и вдоль задней стенки **ШМ** — обнаружен патологический полостной объект (46 × 27 мм), большей частью заполненный дисперсными включениями, в каудальной части которого имеется погибшее эктопическое Пл/Я: тонкостенное жидкостное **О** с изображением уплощенного эмбриона (или желточного мешка) в верхнем отделе и многочисленными взвешенными в амнионе сгустками крови.

Дополнительные топографические детали. Между передней стенкой тубарной гематомы и **М/ШМ** лоцируется обогащенный (при беременности) сосудистый рисунок. В остальных отделах патологический очаг граничит со стенками ампулы прямой **К**.

Уместно еще раз напомнить, что общие черты УЗ-изображений организованной тубарной гематомы (с Пл/Я или без него) и просвета **К** касаются характера их стенок (тонкие), продольных границ (волнистые или дугообразные) и содержимого (дисперсно-тяжевые эхопозитивные включения, жидкость). В то же время похожесть еще не означает тождественности. Основные отличия гравидарно-геморрагического **О** при трубном аборте заключаются: 1) в четком отграничении патологического очага в области верхнего и нижнего полюсов; в силу этого качества тубарная гематома (все модификации), по сравнению с **К**, просвет которой может быть прослежен на очень большом протяжении, имеет абсолютно замкнутый контур; 2) в неподвижности, даже во время тракций ТВ-датчиком, содержимого. Именно благодаря этим двум свойствам искомый объект может быть замечен в процессе направленного сканирования. Это ключевой (и конечно же, самый трудный) момент исследования — в полости м/таза обнаружено «лишнее» **О**, — располагающееся параовариально, никак «не вписывающееся» в архитектуру **К** и, вместе с тем, не являющееся кистой или опухолью. Разумеется, успешная визуализация и достоверная идентификация организованной тубарной гематомы при ВМБ протекает со значительными сложностями и требует от эходиагноста не только мобилизации всех его профессиональных навыков, но и особого подхода к методике эхолокации (изложенного в разделе «Прогрессирующая беременность» данной главы), а также развернутой и одновременно оперативной анатомо-нозологической дифференциации (гл. III).

Установлено, что использование в повседневной работе декларируемых принципов обеспечивает 54–75%-ю (и выше)* эхографическую выявляемость рассматриваемого варианта нарушенной трубной беременности. Вместе с тем, добиться абсолютно точной УЗ-диагностики данной патологии, в силу особенностей эхо-семиотики патологического очага и постоянного присутствия в м/тазу неблагоприятного оптико-акустического фона, невозможно.

Естественно, наибольшие трудности имеют место при небольшой величине организованной тубарной гематомы — увидеть (заметить) такой объект, если поперечный размер не превышает 18–20 мм, крайне сложно — патологический очаг просто-напросто блокируется соседними отделами толстой кишки и тонкого кишечника и поэтому в большинстве наблюдений недоступен эхографической верификации. Лишь в единичных случаях, при незначительных размерах гравидарно-геморрагической полости, в процессе пролонгированного (но не слишком), многоуровневого и полипозиционного, внимательного и методичного сканирования удается выявить параовариальное **О**, подозрительное на организованную тубарную гематому.

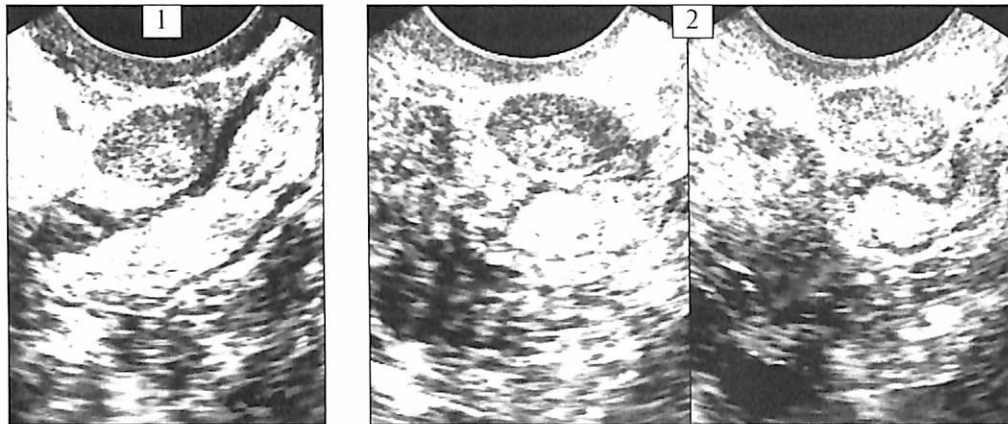
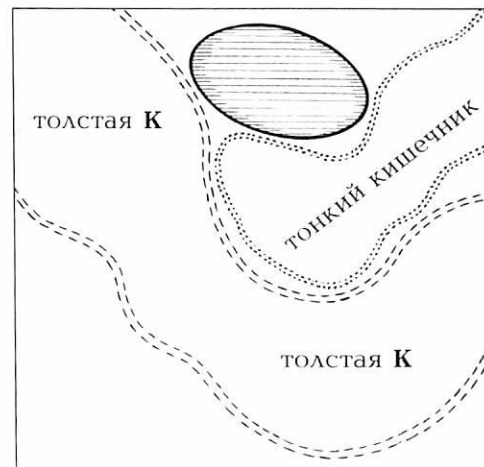


Рис. 27 (1, 2). Трубная беременность. Незначительная организованная тубарная гематома (без Пл/Я), поперечный размер и структура которой почти такие же, как и у сопредельных отделов тонкого кишечника и толстой **К**.

1 — продольный, 2 — поперечный экосрезы патологического очага.

Слева от **М** определяется параовариальное **О** (22 × 12 мм, правильной овальной формы, мелкодисперсного строения), располагающееся, а правильнее сказать — «спрятанное» («замаскированное») среди окружающих его элементов **К**: снизу и латерально (1) — длинная петля тонкого кишечника; по медиальному краю и частично снизу (2) — просвет толстой кишки.



* В зависимости от опытности и индивидуальных профессиональных способностей эхолога.

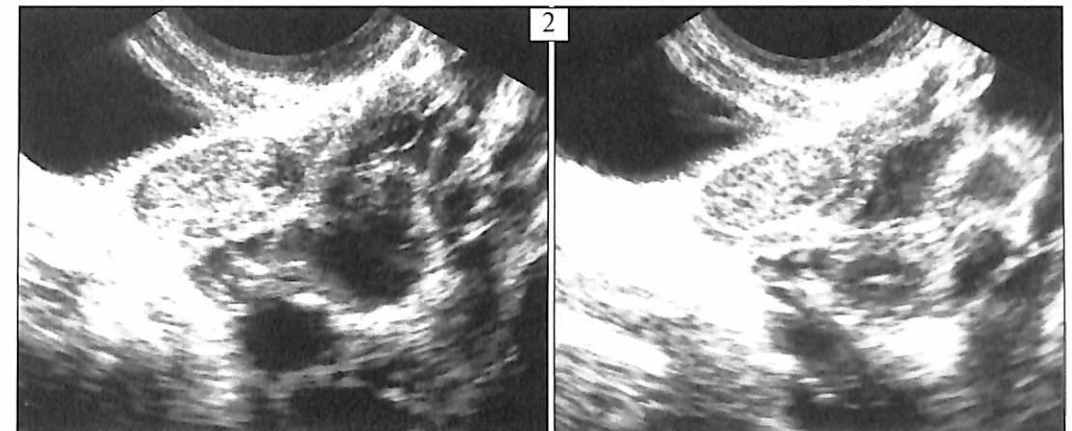
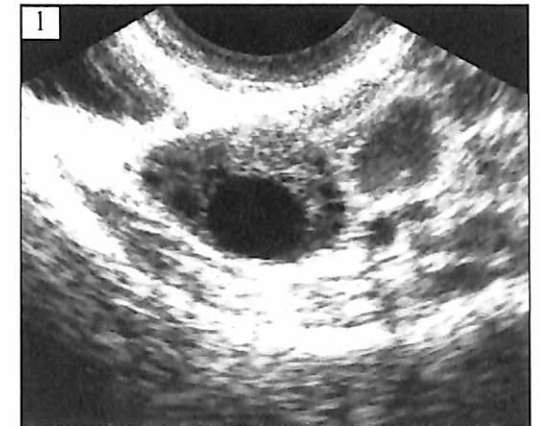
М., 22 года. Менструальная задержка 12 дней. Жалоб нет. При эхолокации: в полости **М** Пл/Я не обнаружено (содержит децидуальный **Э**, 12–13 мм); сосудистый рисунок миометрия и обеих параметральных областей усилен; левый **Я** не изменен, свободной жидкости в м/тазу нет.

Рис. 28 (1, 2). Небольшая тубарная гематома (организованное, инкапсулированное геморрагическое депо, без Пл/Я), наличие которой было заподозрено при первом же УЗИ по поводу БРС и затем установлено на операции.

1. В правом **Я** — киста ЖТ, 15 мм в $\varnothing$.

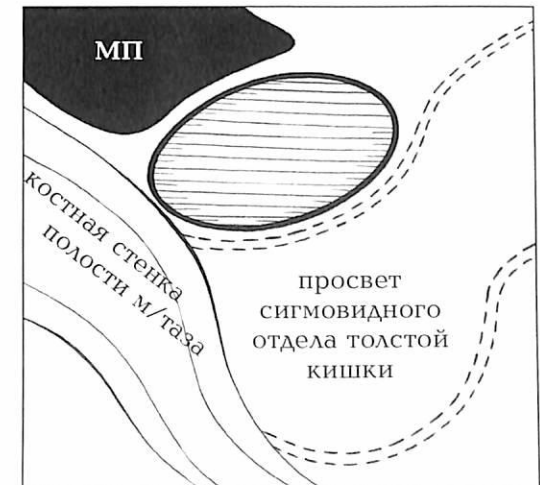
Согласно принципу ВМБ-настороженности начат направленный поиск симптомов эктопической имплантации, вероятность обнаружения которой была наиболее высока справа, так как именно в правом **Я** имелось кистозное ЖТ.

В процессе многоуровневого и полипозиционного изучения правой параметральной области Пл/Я за пределами **М** не обнаружено.



2. Кзади от правого **Я** замечено параовариальное **О** (24 × 15 мм, правильной овальной формы, стенки тонкие, структура мелкодисперсная). Оно как бы «выпрыгнуло» из-за стенок пограничных отделов толстой **К** и отличалось от просвета последней замкнутостью контуров и неподвижностью (а также упорядоченностью) внутренних включений. Изображение объекта было нестойким — при фиксированном положении датчика оно то и дело исчезало, перекрываясь стенками и просветом **К**, и в то же время неизменно появлялось в результате дополнительных манипуляций ТВ-датчиком (симптом повторяемости эхокартины).

На рис. 28.2 представлены прицельные эхограммы обнаруженного объекта, показывающие изменчивость содержимого **К** и одновре-



менно с этим «застывший» (стабильный) характер УЗ-качеств патологического очага. Топографические особенности. **О** отграничено: снизу и медиально — стенкой толстой **К**, сверху — полупустым **МП**, а латерально его край примыкает к боковой стенке м/таза.

Закключение: эходанные подозрительны на трубную беременность, справа. Для уточнения: УЗ-контроль через неделю (или, в случае появления жалоб, — немедленно), тест на ХГ (ответ $\oplus$), консультация гинеколога.

Госпитализация: при УЗИ в стационаре также высказано подозрение на правостороннюю нарушенную ВМБ, а ХГ-анализ крови показал $\oplus$ -результат со значительно пониженной концентрацией гормона. Лапароскопическое подтверждение диагноза.

Продолжая разговор об ошибках и трудностях эходиагностики ВМБ, нельзя не упомянуть о том, что указанные эхонегативные явления максимальны при имплантации бластоцисты в левой **МТр**. Это обусловлено более высоким (чем справа) расположением левого **Я** и, соответственно, левой трубы в полости м/таза — на уровне верхней трети тела **М** или в области ее угла и выше (над **М**). В зоне, с одной стороны, труднодоступной для эхолокации ТВ-датчиком, с другой стороны — именно в верхнем отделе левой половины м/таза наиболее выражено негативное влияние на характер эхокартины придатков **М** сигмы и дистальной части нисходящего отдела толстой **К**, а также петель тонкого кишечника.

В силу отмеченных выше топографических особенностей левая **МТр** и, естественно, локализующийся в ней патологический очаг нередко располагаются довольно высоко — над левым **Я** — в нетипичном для трубной беременности месте. Об этом часто забывают. И тогда эходиагност может сколь угодно долго и внимательно, но безуспешно искать изображение внематочного гравидарного объекта в нижнем и среднем отделах левой параметральной области (ниже каудальной границы **Я**, в «трубном углу», рядом с **Я**, в позаиматочном пространстве, между **Я** и **М**), где вероятность обнаружения прямых симптомов эктопической nidации обычно наиболее велика. В обозначенной ситуации, отнюдь не редкой при левосторонней имплантации, все подобные попытки бесполезны. Кроме того, диагностические сложности усугубляются тем, что при исследовании верхних отделов м/таза, во-первых, существенно падает разрешающая способность ТВ-УЗИ — из-за удаленности лоцируемого объема от сканирующей поверхности ТВ-датчика (сравнительно маломощного); во-вторых, значительно выражено отрицательное воздействие на результативность УЗ-поиска со стороны **К**.

Эффективная визуализация локализующегося в верхней части левой параметральной области тубарного **О** (особенно над **Я**) доступна либо в процессе трансабдоминального УЗИ, либо с помощью ТВ-сканирования... но обязательно в сочетании с одномоментной пальпацией живота (свободной рукой — «двухручный способ») на уровне предполагаемой дислокации искомого объекта. Благодаря компрессии* передней брюшной стенки **МТр** смещается вниз, и находящийся в ней патологический очаг попадает в поле зрения исследователя, проводящего ТВ-УЗИ. Как правило, выполнение данного приема сопровождается небольшими болевыми ощущениями, которые быстро проходят после прекращения манипуляций.

* Но только весьма умеренной, поскольку чрезмерно энергичные движения могут стать причиной ятрогенного прерывания ВМБ (во время исследования).

Д., 38 лет. УЗИ при менструальной задержке 22 дня. Мочевые тесты на ХГ $\oplus$, жалоб не предъявляет.

Настоящему эхосканированию предшествовали два исследования, выполненные (ТВ) по поводу предполагаемой БРС в разных медицинских учреждениях (первичное УЗИ — с задержкой 12, второе — 19 дней), в результате которых состояние пациентки не было уточнено, так как эмбрионального объекта в **М** и вне **М** обнаружить не удалось.

Через 3 дня сделано еще одно, дополнительное (третье) исследование.

В процессе обзорной эхолокации с наполненным **МП** (в **М** — утолщенный до 18 мм **Э**, без Пл/Я) в левом **Я** выявлено кистозное ЖТ, 17 мм в $\emptyset$. С учетом данного факта (а также всей «истории» обследования в связи с задержкой месячных) начато направленное изучение левой половины полости м/таза (свободной жидкости нет) с целью обнаружения симптомов эктопической имплантации. При этом над левым **Я** (лоцируется на уровне левого угла **М**) замечено неоднородное и явно патологическое параовариальное **О**, подозрительное на внематочный эмбриональный объект. Для уточнения исследование продолжено с помощью ТВ-датчика.

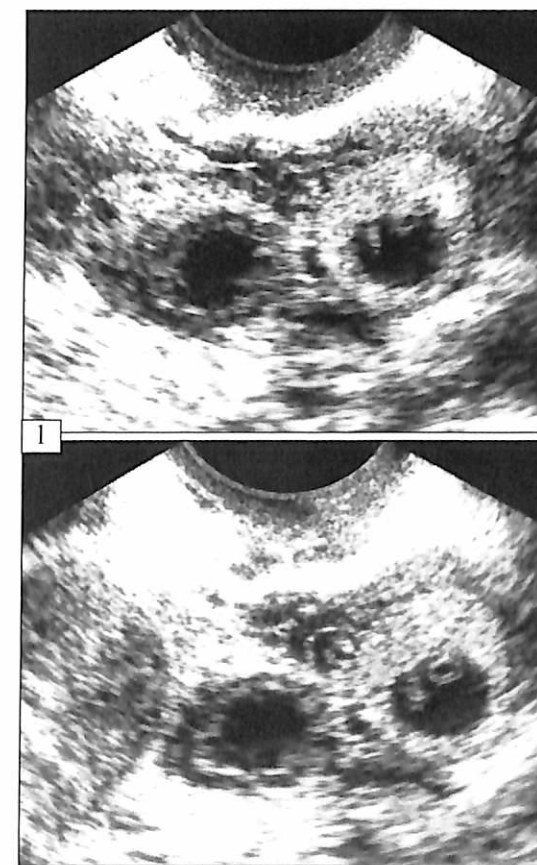
Рис. 29 (1, 2). Прогрессирующая левосторонняя трубная беременность — 5 НБ, патогномоничная эхокартина.

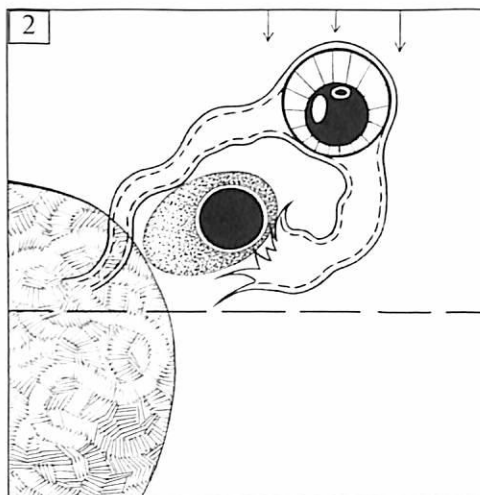
Диагностическая ошибка при высоком расположении левой **МТр** с эктопическим Пл/Я (над **Я**, несколько выше дна **М**).

Правильный диагноз был установлен после двух неинформативных исследований, проведенных с методическими погрешностями: 1) без предварительного трансабдоминального сканирования (только ТВ-УЗИ); 2) без направленной компрессии передней брюшной стенки над патологическим очагом.

В процессе ТВ-УЗИ подтверждено наличие кистозного ЖТ в левом **Я**. В нижнем и среднем отделах левой половины м/таза эктопического гравидарного объекта не найдено. Осуществлена дозированная компрессия передней брюшной стенки в месте, где при обзорной эхолокации было замечено параовариальное **О** (над левым **Я**, на 15–18 мм выше уровня дна **М**), с одновременным осторожным движением пальпирующей руки вниз. Благодаря этому, вследствие перемещения левой **МТр** вниз, на экране прибора внезапно появилось устойчивое изображение типичного эктопического Пл/Я = 5 НБ (с пульсирующим эмбрионом и желточным мешком в просвете, и хориальным утолщением капсулы до 10 мм в верхнем полюсе), зафиксированное во время выполнения данного приема — на уровне кисты ЖТ **Я**.

1. На двух эхограммах показаны изображения левого **Я** с кистой ЖТ (в центре), латеральнее которого (справа) видна внематочная эмбриональная камера, а медиальнее (слева) — эхосрез миометрии левой стенки **М**.





2. Схема патологического процесса до проведения пальпации (во время ТВ-исследования) параовариального **О**. Стрелками обозначено направление смещения (вниз) левой **МТр** с эктопическим Пл/Я. Пунктирной линией отмечен топографический уровень достигнутого смещения беременной трубы (и в меньшей степени левого **Я**), на котором тубарный гравидарный объект стал доступен для достоверной УЗ-визуализации.

Р., 25 лет. Задержка 17 дней.

Анамнестические сведения. Через 6 дней после ожидаемого начала очередных месячных появились скудные кровянистые выделения, которые продолжались три дня. Затем, после четырехдневного «светлого» промежутка, вялотекущая метрорагия возобновилась — в виде непрекращающихся (вплоть до обращения на УЗИ) темных мажущих выделений. За это время (17 дней) сделано три мочевых гравитеста: $\oplus$, $\ominus$.

Исходя из комплекса приведенных сведений представлялись реальными три варианта диагностической гипотезы и, соответственно, три вектора направленного эхографического поиска: 1) патологическое течение маточной БРС (УВ, неразвивающаяся беременность, пузырный занос); 2) ВМБ; 3) НМЦ (персистенция ЖТ?).

Трансабдоминальное УЗИ: Пл/Я в **М** не обнаружено (однородный $\mathcal{E}$, 11 мм, без зоны отторжения по периферии), **Я** не изменены; патологических **О**, в том числе и подозрительных на трубную беременность, не выявлено; свободной жидкости в полости м/таза нет. Вместе с тем, во время направленной эхолокации верхней части левой параметральной области отмечена локальная болезненность при компрессии (трансабдоминальным датчиком) передней брюшной стенки выше уровня дна **М**. Именно этот, на первый взгляд несущественный, факт позволил наметить перед последующим ТВ-исследованием зону максимального диагностического интереса (в плане вероятного обнаружения симптомов трубной беременности) — над **М**, слева.

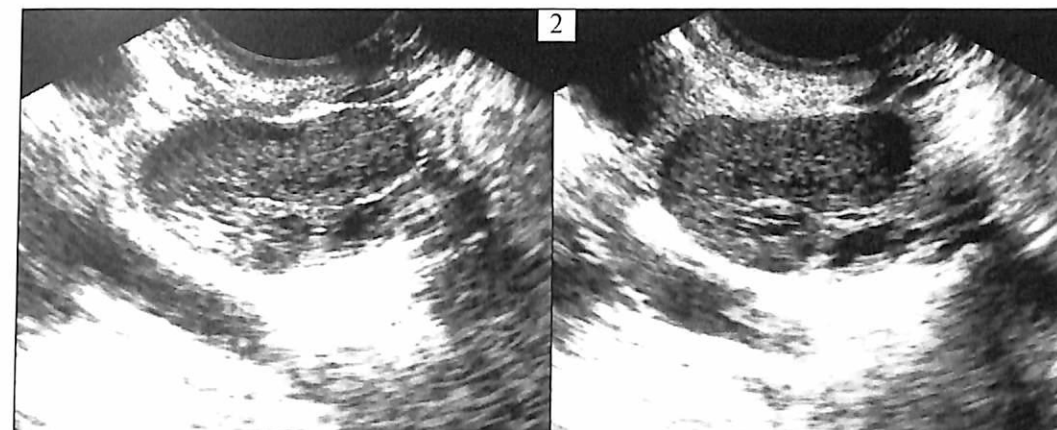


Рис. 30 (1, 2). Трубный аборт с формированием организованной тубарной гематомы (без Пл/Я).

Пример значительных диагностических трудностей, обусловленных высоким расположением беременной левой **МТр**.

ТВ-исследование показало те же данные, что и обзорное сканирование.

1. Кроме того, в латеральной части левого **Я**, среди множества антральных фолликулов удалось выделить не-



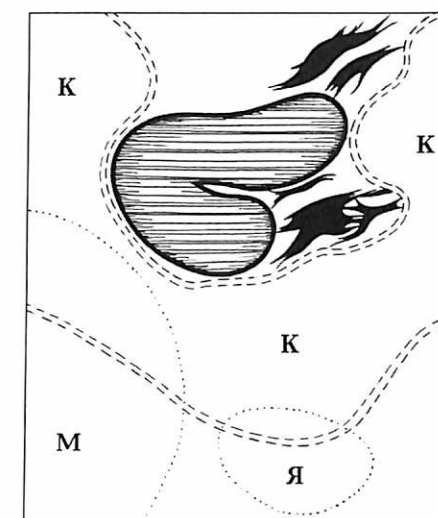
сколько необычный овариальный элемент мягкотканно-жидкостного строения — вытянутой формы полость (10 × 4 мм), окруженную «валиком» эхопозитивной ткани (более высокой плотности, чем мозговое вещество **Я**). Скорее всего, это ЖТ.

Наличие ЖТ слева подтвердило необходимость целенаправленного изучения именно левой параметральной области, а точнее, с учетом данных трансабдоминального УЗИ, верхней ее части (над **М**)... на предмет присутствия там внематочного гравидарного объекта. Однако все попытки этого рода, осуществляемые путем многоуровневой полипозиционной эхолокации с применением пальпаторно-тракционного способа, длительное время оставались безуспешными (несмотря на максимальную концентрацию внимания и упорство диагноста). И только в конце исследования, когда эхолог уже был готов отказаться от продолжения поиска прямых симптомов трубной беременности при настоящем эхосканировании и прибегнуть к назначению контрольного УЗИ, во время выполнения дозированной пальпации (под контролем ТВ-датчика) верхнего отдела левой половины м/таза на экране эхотомографа появилось изображение дополнительного (на фоне стенок и просвета **К**) «лишнего» **О**.

2. Оно располагалось значительно выше левого **Я** (который лоцировался на уровне средней трети тела **М**), и даже несколько выше дна **М**, и попадало в поле зрения исследователя только при выполнении им (свободной рукой) сдавливания определенной точки указанной зоны с одновременным движением вниз (что сопровождалось нерезко выраженными болями). Лишь в такой позиции, выбранной после многократных неудачных попыток, патологический очаг был обнаружен. Он отличался от окружающих его петель **К** замкнутостью кранио-каудальных границ и неподвижностью содержимого. Эхографические качества параовариального **О**: ретортообразная форма, 38 × 20 мм, стенки тонкие, контуры волнистые, структура мелкодисперсная, УЗ-изображения Пл/Я нет.

Заключение: левосторонняя трубная беременность, трубный аборт (организованная гематома в просвете **МТр**). Данных за кровотечение в полость м/таза не получено.

Приведенные наблюдения из клинической работы привлекают внимание не только к возможности локализации внематочного гравидарного объекта в верхних отделах полости м/таза (чаще слева) и техническим аспектам его обна-



ружения, но и еще раз демонстрируют уже неоднократно акцентируемое положение — нельзя ограничивать УЗИ репродуктивной сферы только ТВ-исследованием.

Не секрет, что среди акушеров-гинекологов и многих эходиагностов распространено мнение о подавляющем преимуществе ТВ-методики над трансабдоминальным (обзорным) сканированием. В большинстве случаев это справедливо. Именно поэтому многие исследователи полностью отказались от обзорной эхолокации. А в некоторых учреждениях эхотомографы, «приписанные» к гинекологическим отделениям и кабинетам, вообще не оснащены датчиками для трансабдоминального УЗИ.

Вот довольно типичный показатель того, как ортодоксальное отношение к господствующей тенденции приводит к методическим погрешностям (отказу от обзорной эхолокации) и, рано или поздно, но неизбежно — к связанным с этим диагностическим ошибкам.

Как известно, при изучении удаленных от сканирующей поверхности ТВ-датчика отделов м/таза (верхних) чувствительность прибора резко падает в силу относительно небольшой его мощности → высокая разрешающая способность детерминирует ограничение «пробивной силы» ультразвукового сканера.

Кроме того, нередко удовлетворительная и достоверная визуализация патологического очага требует применения вертикальных и вертикально-косых потоков эхосигналов, получение которых возможно только с помощью сканирования через переднюю брюшную стенку.

В ряде случаев при ВМБ, и особенно при локализации тубарного О в верхних отделах м/таза, исключительно трансабдоминальное УЗИ обеспечивает успех диагностического процесса.

М., 39 лет. Задержка месячных 12 дней, иногда беспокоят тянущие боли внизу живота; два теста на ХГ неинформативны, третий ⊕. Первичное УЗИ по направлению участкового гинеколога (с предварительным диагнозом «БРС или НМЦ и миома М»): М несколько больше нормы, без узлов; в полости М Пл/Я нет, определяется неоднородный Э, 16 мм; Я не изменены; за пределами М и Я патологических О нет, свободной жидкости нет. Рекомендовано повторить УЗИ и гравитест.

Ответ 4-го гравитеста сомнительный или, можно сказать, слабоположительный — появились две диагностические линии (ответ ⊕), но одна из них была малоинтенсивной. Контрольное сканирование через неделю.

Обзорная эхолокация с наполненным МП (задержка месячных 18–19 дней) показала те же данные, что и при первом УЗИ. Кроме того, во время изучения верхней части левой половины м/таза над М неотчетливо лоцировалось О неправильной вытянутой формы... никак не связанное с М и Я и «не вписывающееся» в архитектуру окружающих его кишечных петель. Для уточнения выполнено (после опорожнения МП) ТВ-УЗИ. Однако, несмотря на многочисленные попытки (в том числе и в режиме «двуручного исследования»), визуализировать замеченный на первом этапе объект не удалось.

С учетом гравидарного анамнеза и отсутствия Пл/Я в М при наличии в ней резко утолщенного Э, а также положительных ответов двух из серии гравитестов, и главное — неоднозначных результатов трансабдоминальной эхолокации с полным МП (когда над М, слева, определялось неустойчивое изображение патологического О, подозрительного на нарушенную трубную беременность), решено продолжить исследование путем дополнительного трансабдоминального сканирования с пустым МП.

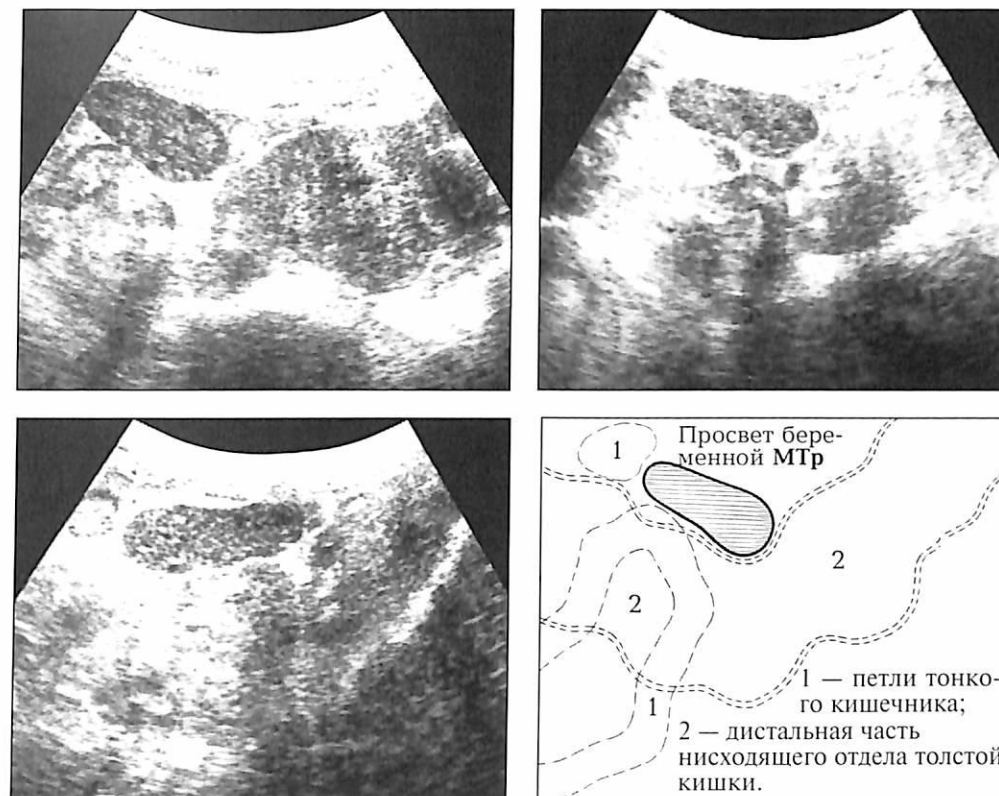


Рис. 31. Диагностическая ошибка при вертикально-краниальной девиации беременной левой МТр. Вялотекущий трубный аборт. Организованная тубарная гематома (без Пл/Я), выявленная на втором этапе динамического УЗ-обследования, причем только в процессе трансабдоминального УЗИ.

На эхограммах представлены разные ракурсы обзорной эхолокации (с пустым МП), полученные в результате направленно-локальной компрессии (несколько болезненна) датчиком передней брюшной стенки верхней части левой половины м/таза. При этом над М (высоко) обнаружено инкапсулированное параметрально-параовариальное О (но не эхосрез просвета К), первично замеченное на начальном этапе исследования: 37 × 18 мм, стенки тонкие, строение мелкодисперсное. Факт действительного присутствия этого объекта в указанном месте доказан путем многократных повторений пальпаторно-сканирующих действий.

Заключение: эходанные крайне подозрительны на нарушенную трубную беременность с формированием организованной тубарной гематомы в левой МТр.

Предложена госпитализация, перед которой М. обратилась для дополнительного подтверждения диагноза на УЗИ в одно из весьма популярных (среди очень состоятельных пациенток) акушерско-гинекологических учреждений — при эхолокации (только ТВ-датчиком) Пл/Я в М не обнаружено, данных за ВМБ не получено.

Госпитализация. За время нахождения в стационаре (около 2 нед.) трижды выполнено УЗИ (ТВ) — прямых симптомов трубной имплантации не выявлено. Вместе с тем, наличие косвенных клинических, биохимических и эхографических признаков, подозрительных на ВМБ, и, несомненно, данные амбулаторного УЗ-обследования позволили сформулировать показания к диагностической лапароскопии.

Операционное подтверждение результатов УЗИ, приведенных на рис. 31.

Абстрагируясь от представленных на рис. 29–31 редких случаев успешной эходиагностики, необходимо констатировать следующий факт — при высоком расположении беременной МТр эхографический поиск эмбрионального или гравидарно-геморрагического объекта очень часто бывает неинформативным. Это обусловлено комплексом следующих, уже упомянутых выше, негативных явлений: нетипичной локализацией патологического очага — над Я, на уровне дна М, над М; резко выраженным экранирующим воздействием со стороны К; методическими упущениями. Впрочем, общее положение дел далеко не столь мрачно, как может показаться из приведенных выше сведений. Дело в том, что: 1) в большинстве наблюдений вертикально-краниальная девиация беременной трубы встречается слева; 2) к счастью для эходиагностов (и, соответственно, обследуемых), в 70–85% случаев эктопическая имплантация развивается в правой МТр; 3) кроме того, даже при относительно нечастой левосторонней трубной беременности, высокое расположение патологического объекта отмечается не более чем у 30–35% больных.

В ряде случаев гиподиагностика ВМБ обусловлена, наряду с перечисленными ранее причинами, действием так называемого отвлекающего фактора, что нередко наблюдается при наличии на стороне поражения крупной кисты ЖТ. Это бывает так. Изучение большой по размерам лютеиновой полости как бы оттягивает на себя, «поглощает» внимание исследователя, увлеченного оценкой и идентификацией отчетливо видимого (явного — сразу бросающегося в глаза) патологического О. В результате небольшой параовариальный объект (просвет беременной МТр), к тому же не имеющий столь яркой эхографической симптоматики, как уже обнаруженная киста, часто ускользает от взгляда эходиагноста. С другой стороны, в таких наблюдениях гиподиагностика трубной беременности может быть связана еще и с тем, что, обнаружив крупную функциональную полость в Я, исследователь считает диагностическую задачу решенной (или убеждает себя в том, что его роль в решении этой задачи уже исчерпана)... и поэтому далеко не всегда осуществляет направленный поиск симптомов эктопической имплантации. Или же проводит его в неполном объеме.

Характерно, что в рассматриваемой ситуации субъективные проявления, вызванные трубной нидацией, обычно расцениваются следующим образом: задержка или нетипичность последней менструации — как следствие гиперэстрогенного ановуляторного циклического нарушения, протекающего с избыточной выраженностью Э и формированием фолликулярной кисты Я; а боли (если они есть) объясняются крупными размерами овариальной полости.

Н., 28 лет. Задержка 9 дней, гравитест не сделан. Жалобы на иногда возникающее ощущение дискомфорта в правой половине м/таза. УЗИ перед медикаментозным прерыванием нежелательной беременности: в полости М — утолщенный до 13 мм Э, без Пл/Я; справа от М обнаружена тонкостенная полость, 50 × 42 мм, заполненная однородной жидкостью; в остальном — без особенностей. Для уточнения (крупная киста ЖТ при эконегативной форме БРС или НМЦ с кистозной атрезией неовулировавшего фолликула?) предложено повторить сканирование через неделю. При контрольном исследовании — без динамики. Высказано предположение об ановуляторной дисфункции, по поводу

которой следует обратиться к гинекологу, но «на всякий случай» предложено (если месячные «не придут») продолжить УЗ-мониторинг.

Гинекологический осмотр (в тот же день) показал косвенные признаки наступившей беременности, что подтвердилось незамедлительно сделанной ⊕-реакцией мочи на ХГ. После этого Н. была срочно направлена на дополнительное УЗИ, так как «нельзя было исключить трубную беременность», поскольку при гестационном сроке 4–5 НБ (задержка 17 дней) Пл/Я в М не определялось.

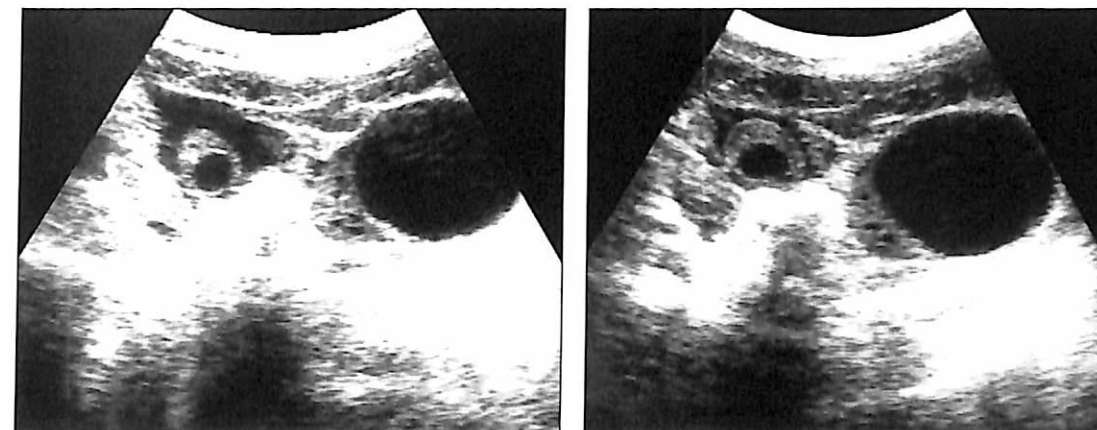


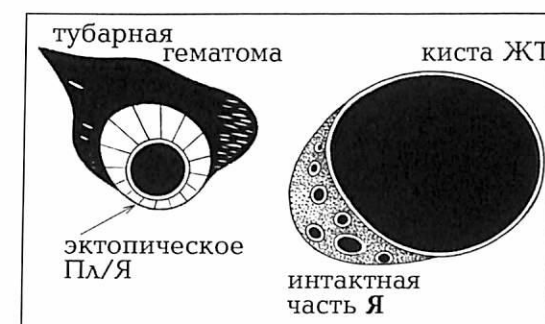
Рис. 32. Диагностическая ошибка. ВМБ и крупная киста ЖТ, которая до настоящего исследования была неверно расценена как фолликулярная полость, развившаяся вследствие дисгормонального циклического нарушения.

Несколько разные ракурсы трансабдоминального УЗИ.

В медиальном отделе правого Я (латеральная часть его интактна) имеется жидкостное О тех же УЗ-качеств, как и при двух предыдущих исследованиях. В то же время латеральнее кисты (параовариально) — на уровне верхнего полюса и на расстоянии 18–20 мм кнаружи от ее левой границы — выявлено эктопическое Пл/Я (амнион 12 мм в Ø, однородной структуры, толщина капсулы до 6 мм), с трех сторон окруженное местами неоднородной жидкостью. В остальном эходанные прежние. Факт наличия патологического параовариального О (справа), а также его эхографические параметры подтверждены последующим ТВ-сканированием (а позднее — лапароскопически).

Вновь полученная информация свидетельствовала о начальном периоде трубного аборта, протекающем с формированием околозародышевой гематомы I стадии (в МТр) и крупной кисты ЖТ (в Я).

Наблюдение Н. представляет интерес не только как пример отвлекающего фактора, когда на фоне крупного и отчетливо видимого, но второстепенного жидкостного О (кисты ЖТ) остается незамеченным относительно небольшой и менее «эффектный» по своим УЗ-характеристикам, но главный по клиническому значению патологический объект — просвет МТр. Данный случай отражает еще два, уже не раз «озвученных», очень важных для своевременной диагностики ВМБ момента:



- во-первых — необходимость постоянной «ВМБ-настороженности», которая, по аналогии с онкологической и тератогенной* настороженностью, должна стать постоянным спутником работы эходиагноста, занятого в сфере репродукции. Это положение требует от врача-УЗИ рассматривать гравидарные версии диагноза, а также проводить клинко-эхографические и биохимические параллели в процессе обследования всех женщин чадородного возраста, предъявляющих жалобы на нарушение менструальной функции и/или болевой синдром;
- во-вторых — демонстрирует высокую эффективность направленного УЗ-поиска прямых симптомов трубной беременности. В частности, у Н. эмбрионально-геморрагический объект был обнаружен при дополнительной эхолокации в тот же день, что и предшествующее, неинформативное (в плане ВМБ) УЗИ. Показательно, что оба исследования проводились одним и тем же специалистом...

Еще один вариант возможных диагностических ошибок, связанных с отвлекающим влиянием второстепенных деталей эхокартины, заключается в том, что крупная лютеиновая полость — вытянутой формы или двухкамерная (редко) — может быть принята за гидросальпинкс. И тогда, если факт эктопической nidации не будет заподозрен или верифицирован на последующих этапах наблюдения, дальнейшее ведение больной протекает по «накатанной колее» лечения сальпингита... вплоть до острого или подострого прерывания ВМБ; или, при очень длительном течении хронического трубного аборта (со «смазанной» клинической симптоматикой), до тех пор, пока хирургическое вмешательство не будет выполнено из-за неэффективности противовоспалительного (и гормонального) лечения.

Аналогичные заблуждения, обусловленные все тем же «отвлекающим фактором», могут иметь место, когда при наличии гидросальпинкса, возникшего после перенесенного ранее сальпингита, эктопическая беременность развивается в контрлатеральной трубе.

Е., 33 года. В анамнезе: роды, три аборта, неоднократные воспалительные заболевания придатков М; в течение последних 3–4 лет — бесплодие, не предохраняется. Обратилась на УЗИ (перед посещением гинеколога) с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота (в течение 2 нед.) и нарушение менструальной функции — последняя менструация наступила своевременно, но была необычно короткой, а через 2 дня появились эпизодические мажущие выделения.

Выписка из УЗ-протокола. После описания нормальных М, Я и утолщенного до 14 мм Э («ЖЭ?») — «...справа от М имеется жидкостное О, 67 × 32 мм, вытянутой формы, из двух камер, без внутренних включений (гидросальпинкс)».

После консультации гинеколога Е. с диагнозом «обострение хронического аднексита (гидросальпинкс, справа), НМЦ, ЖЭ» предложено лечение в стационаре. От госпитализации женщина отказалась и перед началом амбулаторного лечения обсудила свое состояние с подругами, так как хотела получить «независимый совет» — где и у кого лучше лечиться. При этом одна из знакомых отметила, что подобные жалобы могут быть следствием ВМБ. Исходя из этого предположения сделаны два грави-теста (сразу же и утром следующего дня). Оба ответа ⊕.

* При УЗ-мониторинге беременных.

Повторное УЗИ. В полости М (рис. 33.1 и 2) определялся утолщенный до 15 мм Э децидуального типа, без Пл/Я. Справа от М (рис. 33.1) имеется уже обнаруженное ранее параовариальное (правый Я не изменен) жидкостное двухкамерное О, вытянутое вдоль правой боковой поверхности М, — гидросальпинкс. Следует отметить, что отсутствие в нем каких-либо внутренних включений (жидкость абсолютно однородная, стенки гладкие) позволяло с большой степенью уверенности исключить гравидарную природу этой трубной полости.

Таким образом, целый ряд объективных фактов — субъективные проявления, зачастую встречающиеся при трубной беременности (нетипичность последней менструации, скудные кровянистые выделения, болевые ощущения), ⊕-ответы грави-тестов, наличие в М гравидарной слизистой без Пл/Я — настоятельно требовал от исследователя проведения углубленного и целеустремленного поиска симптомов эктопической беременности. Причем именно слева, поскольку присутствие гидросальпинкса справа свидетельствовало о непроходимости правой МТр.



Рис. 33 (1, 2). Левосторонняя трубная беременность и гидросальпинкс в правой (контрлатеральной) МТр.

Расхождение результатов двух хронологически очень близких исследований, когда при первичном УЗИ было зафиксировано наличие крупного гидросальпинкса, справа, а эктопический эмбрионально-геморрагический объект, локализующийся слева, не был замечен.

В процессе направленного сканирования (представлены результаты обзорной эхолокации с пустым МП) в позадиматочном пространстве, с переходом в левую параметральную область, выявлено еще одно параовариальное О (левый Я ложируется выше, интактен) — просвет левой МТр, содержащий частично отслоенное, но сохранившее жизнедеятельность Пл/Я (околозародышевая трубная гематома I стадии с прогрессирующим эмбриональным комплексом).

1. Поперечно-косой эхосрез полости м/таза (пересекающий центр М), на котором видны: 1) справа, вдоль бокового края М, — двухкамерный гидросальпинкс; 2) позади М, больше слева, — эктопическое Пл/Я с утолщенной до 6 мм капсулой и пульсирующим эмбрионом в амнионе (5 НБ); в области верх-



не-латеральной и ниже-медиальной границ эмбриональной камеры прослеживаются небольшие ретрохориальные скопления крови со сгустками.

2. Аксиальное УЗ-сечение М, показывающее децидуальную слизистую и эмбрионально-геморрагический тубарный объект, локализованный в нижней части левой параметральной области (правосторонний гидросальпинкс в данную плоскость сканирования не попал).

Комплекс эхографических данных позволил высказаться о нарушенной, но в то же время прогрессирующей ампулярно-тубарной беременности слева и одновременно — гидросальпинксе справа (скорее всего, развившемся вследствие спаечной окклюзии правой трубы).

Операционное подтверждение результатов УЗИ.

Анализ случая Е. вскрывает целую серию негативных явлений (объективных и субъективных), в совокупности ставших, при первичном исследовании, причиной гиподиагностики ВМБ. Большинство из них уже были рассмотрены ранее. И все же, в дополнение к уже сказанному, полезно еще раз привлечь внимание к ряду обстоятельств, которые по отдельности или в сочетании друг с другом, но всегда препятствуют успешной эходиагностике трубной беременности.

❑ Недостаточно серьезное отношение к клиническим данным: жалобам, анамнезу и пр. В то же время, именно углубленное изучение субъективных проявлений (как причины обращения или направления на УЗИ), ознакомление с «историей» заболевания (а также характером реакции на ХГ) позволяют эхологу выбрать максимально приближенную к истине концепцию исследования, которая придает эхографическому поиску столь необходимую для достижения объективного результата осознанную направленность. В этом нет ничего нового. Просто не следует нарушать один из основных принципов лучевой диагностики, декларирующий необходимость комплексной оценки УЗ-картины — путем проведения клинико-эхографических и лабораторных сопоставлений. Показательно, что в этом сложном процессе именно результаты УЗИ зачастую имеют приоритетное значение.

❑ Неадекватная оценка общего состояния полости м/таза, обусловленная небрежностью, а точнее — невнимательностью и поспешностью проведения сканирования. Указанные недочеты приводят к тому, что в процессе эхолокации нередко остаются незамеченными некоторые детали эхокартины (или же им уделяется недостаточное внимание) — те самые детали (нюансы, микросимптомы, странности, расхождения), которые при более скрупулезном рассмотрении могут играть ключевую роль в выборе правильного диагностического решения. Вполне понятно естественное желание каждого эхографа выполнить исследование быстро и эффективно. Однако в конкретной клинической реальности самоуверенность часто подводит даже очень опытных профессионалов. В ряде случаев то, что представляется, на первый взгляд, таким простым и очевидным, на самом деле оказывается сложным и запутанным. В УЗ-диагностике вообще, а тем более при распознавании эктопической беременности нельзя принимать решение по первому впечатлению от результатов сканирования — зачастую оно бывает ошибочным и изменяется при более углубленном и критическом изучении.

❑ Упрощенный подход к анализу результатов УЗИ, когда наиболее часто встречающийся клинико-морфологический аналог УЗ-изображения рассценивается в качестве единственной диагностической гипотезы. Речь идет об игнорировании принципа обязательной нозологической дифференциации, осуществляемой с учетом всех возможных клинических и морфо-функциональных связей эхокартины. Подобный безальтернативный подход к исследовательской задаче, как правило, детерминирует рассмотрение одной, и поэтому — непременно предвзятой версии диагноза, сиюминутно представляющейся логичной и верной, но в действительности — зачастую далекой от истины. Так что не следует прорсчитывать диагностическую ситуацию в наиболее банальном ее варианте — под ним может находиться другой, иногда совершенно противоположный «слой».

АТИПИЧНАЯ ФОРМА ВМБ

В отличие от рассмотренных ранее и встречающихся значительно чаще клинических вариантов заболевания, характеризуется *отсутствием* главного гравидарного признака — *нарушения менструальной функции* в виде задержки очередной менструации или необычности, «неправильности» ее течения (реже), которые в большинстве случаев трубной имплантации (80%) позволяют думать о наступившем зачатии. То есть — последние месячные наступают своевременно, а характер геморрагии не отличается или отличается крайне незначительно от привычных циклических выделений. В связи с этим при сроке гестации свыше трех недель женщина не считает себя беременной, что и объясняет позднее обращение на УЗИ. В случае клинически негативной (атипичной), до поры до времени «скрытой» модификации эктопической имплантации пациентка обращается за медицинской помощью только после появления субъективных признаков прерывания ВМБ: жалоб на боли, ациклические кровянистые выделения или сочетание этих симптомов. При этом ни у больной, ни у обследующего ее врача (гинеколога, эходиагноста) нет объективных, так сказать, формальных оснований для высказывания подозрений на гравидарный генез предъявляемых жалоб. Этот факт объясняет значительные сложности распознавания такого необычного варианта трубной беременности и, соответственно, большое число диагностических ошибок (гиподиагностики ВМБ), потому что изначальное отсутствие «классических» гравидарных симптомов детерминирует выбор неверной, не связанной с наличием беременности диагностической концепции, — в равной степени как при гинекологическом осмотре, так и в процессе выполнения УЗИ.

Удельный вес атипичной формы ВМБ, по разным данным, колеблется в пределах от 12–37% от всех трубных имплантаций. Наиболее приемлемым представляется «усредненный» показатель от 18 до 25% (≈20%).

Клиническое течение рассматриваемой модификации ВМБ, оцениваемое по выраженности первичных субъективных проявлений, может быть острым, подострым и хроническим. Причем, в отличие от обычной («первично-гравидарной») формы заболевания, — с примерно одинаковой частотой среди указанных групп больных.

Острый вариант развития событий: очередная менструация «приходит» в срок и по объему, интенсивности и продолжительности практически ничем не отличается от свойственных данной пациентке циклических геморрагий → потом, на фоне «полного здоровья», абсолютно неожиданно возникает сильный болевой приступ (как правило, с алгическо-геморрагическим шоком) → госпитализация «по скорой» и экстренная операция, показывающая разрыв МТр или массивное кровотечение при трубном аборте.

При **подостром и хроническом течении**, которые составляют 65–70% от всех случаев атипичной формы трубной беременности, история заболевания протекает по совершенно другому «сценарию». «Вводная» та же — задержки месячных или подозрительного на беременность необычного характера последней «менструации» нет. Затем, обычно через 1–2 недели после окончания «месячных», женщина начинает предъявлять жалобы на выраженные в той или иной степени болевые ощущения внизу живота; иногда — в сочетании с мажущими кровянистыми выделениями из половых путей, предшествующими появлению болей или возникающими после них. Значительно реже наблюдается изолированная (без болей) вялотекущая атипичная метроррагия.

В общем «объеме» субъективных симптомов, по поводу которых пациентка обращается за помощью, преобладают боли. Чаше всего отмечается появление дискомфорта в области м/таза, а потом — несильных постоянных тянущих болей в одной из подвздошных областей (как правило, справа или без отчетливой локализации). У других пациенток наблюдаются нерезко или умеренно выраженные непостоянные болевые ощущения. Иногда бывают и схваткообразные боли с иррадиацией в поясницу и крестец. В ряде случаев на фоне постоянных тянущих алгических ощущений или дискомфорта развиваются кратковременные эпизоды усиления болей. Кровянистые выделения — предшествующие, сопутствующие или возникающие после болевого синдрома — встречаются реже. Указанная особенность атипичной формы ВМБ (превалирование частоты болевых ощущений) играет отрицательную роль в диагностическом процессе. Как известно, появление ациклической геморрагии нередко «заставляет» клиницистов думать о возможности патологического гравидарного состояния, даже если упоминаний о менструальной задержке нет. При отсутствии же или весьма незначительной выраженности кровянистых выделений обычно предлагаются следующие версии диагноза: овуляторное расстройство (болезненная овуляция, разные типы апоплексии Я), воспалительный процесс (сальпингит, обострение хронического аднексита) и др.

Впрочем, подобная симптоматика (жалобы, анамнез, результаты гинекологического осмотра) неспецифична и, независимо от комбинаций объективных и субъективных проявлений, может быть обусловлена любой патологией полости м/таза или экстрагенитальным заболеванием.

То же самое касается и данных УЗИ, которое при атипичной форме ВМБ в большинстве наблюдений показывает отсутствие патологических изменений в полости м/таза и реже — выявляет косвенные признаки, «работающие» на функциональный (овуляторное нарушение) или воспалительный варианты диагноза. В этом нет ничего странного или, скажем так, порочащего исследователя. Ведь успешное распознавание трубной беременности требует от диагноста, как уже неоднократно упоминалось, направленного и углубленного УЗ-поиска симптомов эктопической имплантации. В противном случае эхолокация почти всегда обречена на неудачу, потому что «незапланированные», случайные находки эмбрионального объекта за пределами М можно уверенно отнести к области казуистики. Но о какой конкретной направленности процесса сканирования можно говорить в разбираемой ситуации, когда отсутствие кардинального признака, обычно позволяющего высказаться о наступлении зачатия (в первую очередь — задержки месячных), изначально не предусматривает гравидарной концепции исследования?

А., 23 года. Пришла на УЗИ (по личной инициативе) до планируемого посещения гинеколога, так как была убеждена, что ее «все равно направят на УЗИ». Мотивация исследования: жалобы на довольно сильные (иногда приступообразные) боли в правой половине м/таза, развившиеся внезапно («вчера вечером»), на 14–15 день цикла. Предшествующая этому менструация расценивалась пациенткой как обычная.

Результаты эхолокации. М: размеры в пределах нормы, без узлов и признаков аденомиоза; Э = 14 мм, смешанного строения. Я не увеличены, нормальной эхоструктуры. Патологических жидкостных О в полости м/таза нет. Параовариально, справа — небольшое количество свободной жидкости (постовуляторной?). **Заключение:** данных за органическое поражение не получено; скорее всего — болезненная овуляция (апоплексия правого Я?).

Участковый гинеколог согласился с этим предположением, но с учетом значительной интенсивности болей и довольно существенной болезненности правых придатков при вагинальном исследовании направил А. в больницу (с диагнозом «апоплексия правого Я?»).

В стационаре, после осмотра хирурга, исключившего аппендицит, диагноз ЖК был подтвержден. Проводилась консервативная терапия под контролем УЗИ (два раза, данные те же), и через неделю больная выписана ввиду явного улучшения.

Через 2 дня после выписки болевой приступ повторился, но уже с большей интенсивностью и кратковременной потерей сознания. Повторная госпитализация → экстренная операция: правосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта, с обильным кровотечением в полость м/таза.

Анализируя случай А., трудно упрекнуть участников диагностического процесса (эходиагностов, гинекологов ЖК и больницы) в серьезных упущениях и явных просчетах, ставших причиной гиподиагностики трубной беременности. Напротив, данное наблюдение может быть образцом логического клинического мышления... потому что все, что мы в состоянии понять и обосновать, есть комбинация «реальных величин». В частности: 1) последние месячные «пришли» в срок и по своему характеру не отличались от предыдущих; указанный факт, наряду с отсутствием косвенных гравидарных симптомов, а также ациклических

кровянистых выделений, в большинстве случаев довольно надежно исключает вероятность ВМБ и беременности вообще; 2) боли внизу живота развились в середине менструального цикла (14–15 день — время овуляции), причем справа, что типично для апоплексии **Я**, поскольку овуляторная активность правого **Я** значительно выше левого; 3) при УЗИ никаких параовариальных **О**, подозрительных на патологию в **МТр**, не определялось; 4) напротив, структура **Э**, отсутствие преовуляторного фолликула в правом **Я** на 14–15 день цикла и, одновременно, наличие рядом с ним небольшого объема свободной жидкости — весьма убедительно свидетельствовали об овуляторной природе эхокартины, что вполне правдоподобно объясняло («болезненная овуляция, апоплексия **Я**?») причину внезапно возникшего (по циклической хронологии — в период овуляции) болевого синдрома; 5) болезненность пальпации правых придатков **М** при вагинальном исследовании также вполне логично, тем более с учетом перечисленных выше сведений, «вписывалась» в симптоматику апоплексии **Я**. Казалось бы, при формулировке клинического диагноза было учтено все... вот только врачи ЖК и гинекологического стационара забыли о возможности ВМБ на фоне нормальной последней «менструации». Разумеется, такие «эпизоды» в общей акушерско-гинекологической практике встречаются нечасто (несоизмеримо реже, чем воспалительные процессы, разные варианты апоплексии **Я**, эндометриоз и пр.), но все же бывают. Это не упрек в адрес фигурантов диагностической цепочки, потому что с позиции формально-бюрократических категорий диагностический процесс был почти безукоризненным. Однако, имея дело с женщинами чадородного возраста, не стоит забывать об атипичном варианте клинического течения эктопической беременности.

Впрочем, очень легко, а иногда даже приятно, проводить ретроспективный анализ, обсуждать, делать выводы... в тишине своего кабинета, наедине с домашним компьютером. Гораздо труднее (а иногда просто невозможно) объективно разобраться в конкретной клинической ситуации «в режиме реального времени»; особенно, когда бездоказательные в настоящий момент (в процессе проведения исследования) предположения могут иметь далеко идущие последствия для больной.

С., 32 года. Обратилась к участковому гинекологу по поводу нерезко выраженных тянущих болей внизу живота (больше справа), которые возникли 3 дня тому назад. Анамнестическая справка: месячные регулярные, болезненные, обильные и длительные; роды, несколько аборт; перенесла неоднократные воспалительные заболевания придатков **М**. Последняя менструация наступила своевременно и со слов больной была такой же, как обычно.

Гинекологический осмотр: «**М** чуть больше нормы ... тяжистость и болезненность правых придатков... **Заключение**: обострение хронического правостороннего аднексита. Миома **М**».

УЗИ. Величина **М** соответствует верхней границе нормы; шаровидной формы; степень дисперсности и общая эхоплотность миометрия повышены. **Э** (12-й день цикла) — 12 мм, неоднородный. **Я** не увеличены, содержат множественные антральные фолликулы (2–6 мм в Ø) и доминантный фолликул справа, 15 мм в Ø. Правый **Я** припаян к **М**. Свободной жидкости нет. Расширены параметральные вены с двух сторон, больше справа. При ТВ-УЗИ — болезненность компрессии правых придатков.

Заключение: аденомиоз, спайки справа, косвенные признаки воспалительного процесса.

Амбулаторно начата комплексная противовоспалительная терапия. Однако ожидаемого положительного эффекта не наступило. Госпитализация.

В стационаре диагноз ЖК подтвержден. Данные УЗИ примерно те же. Продолжено противовоспалительное лечение (2 нед.) — с переменным успехом. После непродолжительного улучшения боли внизу живота и пояснице возобновлялись. Также были замечены эпизодические скудные кровянистые выделения. Кроме того, после 2–3-недельного пребывания в больнице женщина обратила внимание на появление ощущений, схожих (по опыту предыдущих беременностей) с гравидарными. *Указанная динамика состояния С. вызвала у лечащего врача вполне справедливые сомнения в правильности установленного диагноза («обострение хронического сальпингита») и, соответственно, позволила заподозрить атипично протекающую беременность (без отчетливой задержки месячных): либо физиологическую, но с явлениями УВ, либо внематочную.*

Дополнительное эхосканирование (ТВ) показало отсутствие Пл/Я в **М**, патологических **О** за пределами **М** и **Я**, свободной жидкости в углублениях м/таза. Вместе с тем, реакция сыворотки крови на ХГ свидетельствовала о наличии беременности, причем — с характерным для эктопической имплантации сниженным уровнем гормона.

На операции: прерывающаяся по типу трубного аборта внематочная беременность, справа. На брюшине м/таза единичные сгустки крови, небольшая киста ЖТ правого **Я**, спаечный процесс.

В истории заболевания С. присутствует довольно показательный нюанс. При собеседовании с больной после выписки из стационара, во время внимательного и пристрастного «допроса» о характере «месячных», предшествующих появлению болей, удалось получить новую информацию. После серии наводящих вопросов установлено, что указанная «менструация», вопреки предыдущим высказываниям С. о ее типичности, все же отличалась от привычных циклических выделений — была необычно короткой и менее обильной. Однако женщина не придавала этому никакого значения — месячные «пришли» в срок, а все остальное представлялось несущественным. В то же время, в контексте ВМБ, сведения о некоторой «ненормальности» последней менструации очень важны. Нередко именно они служат единственным поводом для высказывания подозрения на возможность эктопической имплантации. Скорее всего, если бы врачи ЖК и стационара узнали об этом своевременно, то предположение о трубной беременности могло бы быть сформулировано уже на амбулаторном этапе или сразу же после поступления в больницу... а не после 3–4-недельного периода наблюдения и неадекватной терапии. Вот наглядный показатель того: 1) насколько необъективной бывает информация, поступающая от обследуемых; 2) как одна-единственная неверная исходная предпосылка может радикально исказить представление о состоянии больной; 3) что достоверность анамнестических данных зачастую зависит от умения врача правильно «расставлять акценты», задавать наводящие вопросы и проявлять настойчивость в ключевых пунктах выяснения анамнеза. Кстати, каждый опытный специалист, занятый в сфере репродукции и неформально относящийся к своей деятельности, знает, что, имея дело с нашим специфическим контингентом, нужно уметь работать с недостоверными источниками информации.

Х., 27 лет. Консультация гинеколога по поводу постоянных болей тянущего характера внизу живота и пояснице (при физических нагрузках — иррадиация в крестец), возникших 3–4 дня тому назад. Интенсивность болей медленно нарастает. Последняя менструация «была как обычно». При осмотре обнаружено «болезненное О слева от М (труба?)». Предварительный диагноз: «обострение хронического аднексита, тубоовариальное О слева (абсцесс?)». Направлена на УЗИ.

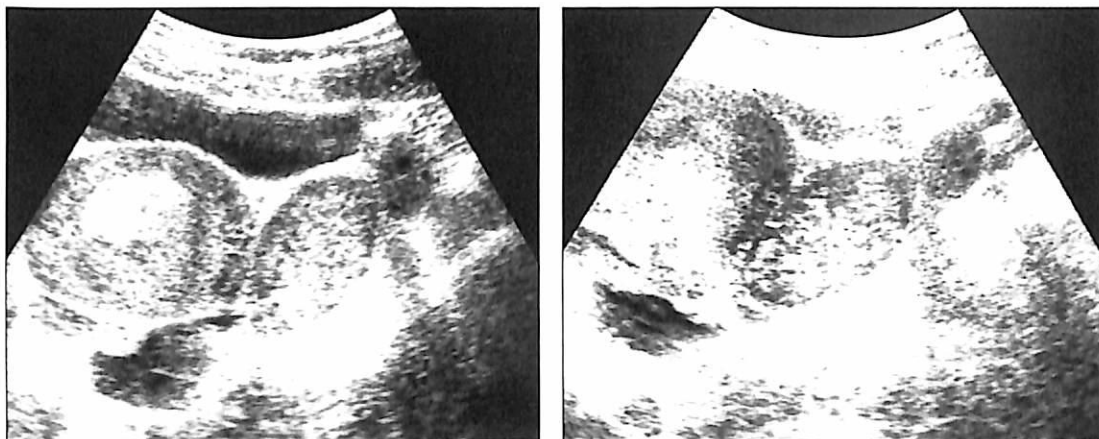


Рис. 34. Атипичная форма ВМБ (диагностическая ошибка).

Трубный аборт — организованная тубарная гематома (без Пл/Я) и кровоизлияние в полость м/таза, до операции неверно расцененные как абсцесс, осложненный гнойным пельвиоперитонитом.

Аксиальные экосрезы М и левой половины м/таза.

М имеет обычный вид. Э (17-й день цикла) — 15 мм, без патологических включений. В левой параметральной области, вдоль боковой поверхности М, имеется параовариальное полостное О вытянутой формы: 58 × 30 мм, стенки тонкие, заполнено множественными грубодисперсными эхопозитивными элементами. Между нижним полюсом О и М, с переходом в позадматочное пространство, — свободная жидкость со взвешенными в ней мелкими частицами. Я не изменены. Левый Я лоцируется на уровне угла М, рядом с верхним краем патологического объекта.

Заключение: тубарный абсцесс с «прорывом» гнойного содержимого в полость м/таза (пельвиоперитонит?).

Госпитализация → подтверждение диагноза. При пункции заднего свода получено значительное количество темной крови. Операция — трубный аборт, крупная заматочная гематома.

Эхокартина гнойного (гнойно-геморрагического) сальпингита и организованной тубарной гематомы при ВМБ (без Пл/Я) имеет много общего. Отличить их только по УЗ-проявлениям очень трудно. Сделать правильный диагностический выбор — в пользу нарушенной трубной беременности, а не воспалительного тубарного О — помогает наличие специфического гравидарного анамнеза, особенно, когда факт зачатия подтвержден положительным грави-тестом*. В слу-

* Вместе с тем, основанием для ХГ-тестирования (по личной инициативе пациентки или по рекомендации врача) опять же служит вытекающее из факта специфического циклического нарушения предположение о наступившей беременности. Замкнутый круг?

чае Х. подобная дифференциация была невозможна (или почти невозможна). И дело тут не в низкой квалификации эколога, а в исходно неверном подходе к диагностической задаче, в ее неправильном осмыслении... из-за клинически негативного характера начального периода эктопической имплантации.

Необходимо отметить, что диагноз «обострение хронического аднексита» является одной из самых частых «масок», под которой скрывается атипичная форма трубной беременности. С одной стороны, это связано с действительно высокой частотой воспалительных заболеваний придатков М и, безусловно, с объективными трудностями распознавания рассматриваемой модификации ВМБ. С другой стороны — обусловлено чрезмерной увлеченностью практикующих гинекологов воспалительной патологией. Нередко это приводит к тому, что под личиной ставшего уже давно стереотипом диагноза аднексита (сальпингита, оофорита) протекают совершенно другие патологические процессы.

К., 29 лет. Жалобы на непостоянные умеренно выраженные боли в области м/таза, иногда иррадиирующие в верхние отделы живота. Указанные явления развились через 5–6 дней после окончания менструации (без упоминаний о задержке или необычном ее характере). Гинекологический осмотр — патологии не выявлено.

УЗИ (выписка из дубликата УЗ-протокола, сохранившегося у пациентки): М нормальных размеров, строение миометрия обычное. Э — 13 мм. В правом Я доминантный фолликул, 18 мм в Ø. Спаек и гидросальпинкса нет. Свободной жидкости в полости м/таза нет. Исследование затруднено из-за метеоризма.

Таким образом, в результате комплексного амбулаторного обследования гинекологической патологии не выявлено. Высказано предположение о спастическом состоянии кишечника, что косвенно подтверждалось наличием жалоб на «вздутие» живота и запоры в течение последних 7–10 дней, а также — избыточной «загазованностью» К при УЗИ. Рекомендованы консультации хирурга (исключить аппендицит) и гастроэнтеролога.

В дальнейшем (как выяснилось при собеседовании с К. после завершения описываемых событий) развился сильный болевой приступ с потерей сознания и быстрым нарастанием симптомов анемизации → госпитализация — лапаротомия по неотложным показаниям: разрыв правой МТр, массивное кровотечение (свыше 1,5 л) в брюшную полость.

Наблюдение К. не может рассматриваться в качестве подлинной (ятрогенной) диагностической ошибки, потому что ни при гинекологическом осмотре, ни в процессе УЗИ патологических изменений со стороны репродуктивной сферы не определялось. В связи с этим вывод об экстрагенитальной природе предъявляемых жалоб (боли) был вполне закономерным, поскольку подтверждался серией взаимодополняющих фактов: 1) опять же — отсутствием гинекологической патологии и гравидарных симптомов; 2) сведениями о вздутии живота и запорах; 3) дополнительными УЗ-данными, свидетельствующими о метеоризме; 4) а также тем, что спастический вариант кишечной дисфункции часто протекает с непостоянными болевыми ощущениями. Вместе с тем, ретроспективный анализ делает возможным отметить в наблюдении К. два момента, не совсем «укладывающиеся» в идеальную акушерско-гинекологическую норму.

Так, обращает на себя внимание необычно большой для поздней стадии I фазы цикла (время выполнения УЗИ) объем Э = 13 мм, толщина которого в этот период как правило не превышает 8–10 мм. Также вызывает сомнение качество структуральной оценки слизистой М (если она проводилась вообще). Ведь децидуальный Э, помимо значительной толщины, существенно отличается по своему строению от пролиферативного эпителия. Представляется несколько странным, что врач-УЗИ и гинеколог не рассмотрели более пристально вопрос о нетипично обильном содержимом полости М. Не исключено, что попытки углубленного изучения этого явления могли бы в корне изменить представление о состоянии больной.

Другой деталью, которая гипотетически могла бы быть соотнесена с ВМБ, является... неожиданно развившаяся и предшествующая появлению более дискинезия К. Дело в том, что выраженная в той или иной степени кишечная дисфункция встречается примерно у трети пациенток с трубной беременностью.

Однако указанные нюансы неспецифичны и поэтому, по большому счету, несущественны в диагностическом отношении, так как нивелируются отсутствием главного гравидарного признака — не было задержки месячных, а последняя «менструация» не отличалась от обычных циклических выделений. Никто, даже очень опытный специалист, не застрахован от такой диагностической «ловушки». Что ж, иногда логика диагноста и характер течения патологического процесса не имеют ничего общего. И тогда диагностическая ошибка становится неизбежной, потому что невозможно (или, правильнее, очень трудно) применить логику к тому, в чем ее нет.

Суммарная оценка приведенных выше (и многих других) наблюдений атипичной формы ВМБ, в которых факт эктопической имплантации был установлен только в результате хирургического вмешательства, позволяет выделить несколько общих положений.

У каждой из четырех пациенток определялась избыточная выраженность содержимого полости М. Причем на всех этапах обследования (амбулаторно, в стационаре) толщина Э существенно превышала (на 3–6 мм) максимальные циклические значения этого показателя. Однако данному факту не было уделено должного внимания. Вместе с тем, высокие значения объема слизистой М типичны именно для децидуально-гравидарного Э.

Кроме того, нельзя не отметить довольно низкий уровень качественного анализа состояния эндометриального эпителия.

В частности, у больной А. (первое наблюдение) содержимое полости М было расценено как смешанный Э. То есть — как пролиферативная слизистая с начальными явлениями секреторных превращений, что наблюдается только в раннем постовуляторном периоде. Кстати, у А. именно такой вывод о состоянии полости М вполне «укладывался» в рамки выбранной диагностической гипотезы — апоплексии Я. Справедливости ради нужно сказать, что УЗ-строение смешанного и децидуального Э имеет общие черты: уплотнение краевых отделов, пониженная эхоплотность центральных отделов, слабая выраженность разделительной линии между «валиками» слизистой передней и задней стенок. Но есть и различия. Избыточная толщина (свыше 10–12 мм) и размытость контуров на гра-

нице с миометрием характерны для гравидарно-децидуальной слизистой. Смешанный же Э по объему обычно не превышает 10–11 мм, а контуры его абсолютно четкие.

У других пациенток качественного анализа Э (структура, плотность, состояние контуров) не проводилось вообще, — в УЗ-протоколах указана только толщина слизистой М.

Таким образом, не вызывает сомнений факт наличия во всех четырех наблюдениях довольно серьезных недостатков качественного и количественного анализа содержимого полости М. Между тем, именно Э является у молодых женщин весьма надежным эхомаркером анатомо-функционального состояния всей репродуктивной сферы. В связи с этим, не лишено смысла предположение о том, что более пристальное изучение Э могло бы внести элементы дифференциальной диагностики в процесс анализа результатов обследования и, тем самым, изменить характер рабочей диагностической гипотезы.

Очевидно, что главная причина гиподиагностики атипичной формы ВМБ — изначально неправильная концепция исследования, начисто исключающая гравидарный фактор как причину болезненного состояния пациентки (боли, реже — боли в сочетании с кровянистыми выделениями, очень редко — только ациклическая метроррагия). Действительно, сам по себе факт отсутствия задержки месячных, к тому же без упоминаний о какой-либо необычности последней менструации, как правило, однозначно ориентирует вектор диагностического процесса (осмотр гинеколога, УЗИ) на обнаружение только гинекологической патологии, в большинстве случаев не учитывая пусть редкую, но все же вполне реальную («коварную») возможность эктопической имплантации на фоне нормальных циклических выделений. В результате процесс эхолокации оказывается лишенным своего самого эффективного «инструмента» — конкретной направленности на обнаружение Пл/Я или гравидарно-геморрагического О за пределами М.

Единственный способ избежать ошибок или хотя бы улучшить распознавание данного варианта трубной имплантации — высокий уровень «ВМБ-настороженности», требующий от каждого эхолога, выполняющего акушерско-гинекологические исследования, постоянно находиться в «боевой готовности» к неожиданной встрече с данной грозной для пациентки и сложной для визуализации и идентификации патологией. Иначе говоря, все врачи-УЗИ, обследующие женщин детородного возраста по поводу тазовых болей и/или ациклических кровоизлияний, независимо от наличия или отсутствия менструальной задержки, всегда должны помнить о факторе ВМБ и поэтому — осуществлять энергичные и целенаправленные попытки выявления симптомов эктопической беременности*. Конечно, довольно трудно, а иногда даже тягостно, перманентно пребывать в состоянии гипертрофированной подозрительности. Но оно должно стать частью профессионального клинического мышления — специфической чертой исследовательского характера, неотъемлемой компонентой практической работы.

* А также широко использовать тестирование на ХГ.

В соответствии с дифференциально-диагностическим принципом, предполагающим обязательное рассмотрение любой клинической задачи во всем многообразии ее причинно-следственных связей, целесообразно перечислить различные варианты гинекологической патологии, субъективная манифестация которой заключается в появлении тазовых болей (а также кровянистых выделений) без предшествующих им задержки или необычного характера последней менструации. Показательно, что в приведенном ниже нозологическом перечне атипичная форма ВМБ занимает по частоте одно из последних мест.

Воспалительные заболевания придатков М

Эхографические аспекты диагностики сальпингита (сальпингитов) приведены во втором разделе главы III.

Овуляторные расстройства

Установлено, что для атипичной формы ВМБ характерно появление болезненных ощущений (иногда — в том или ином сочетании с малоинтенсивными кровянистыми выделениями, значительно реже встречается только вялотекущая метроррагия) в период с 12 по 18 день цикла. То есть развитие субъективной симптоматики приходится на временной промежуток, соответствующий овуляции (плюс/минус несколько дней)... естественно, если исходить из того, что беременности нет, а последние циклические кровоизлияния — нормальная менструация. Следовательно, в разбираемой ситуации главный вектор диагностического процесса должен быть направлен на дифференциацию между разного рода овуляторными нарушениями и клинически нетипичной (без менструальной задержки) модификацией трубной имплантации. Тем более что оба патологических явления чаще наблюдаются справа.

Болезненная овуляция протекает по двум клинко-патогенетическим вариантам.

1. *Преовуляторные боли.* За 1–2 (реже 3) дня до физиологического разрыва доминантного фолликула внизу живота развиваются несильные ноющие боли, прекращающиеся сразу после овуляции. Появление их связывают с необычно большими (в данном цикле) размерами преовуляторного фолликула, вызывающего незначительное, временное перерастяжение мезооварума. Интенсивность алгического состояния небольшая — как правило, это слабые или нерезко выраженные болевые ощущения. В ряде случаев выраженность жалоб постепенно нарастает, достигая пика (нерезко или умеренно выраженные боли) к моменту овуляции, после чего болевые ощущения проходят.

2. *Овуляторные боли.* Возникают непосредственно во время овуляции и обусловлены некоторой избыточностью физиологического кровоизлияния в ЖТ, протекающего с незначительным кровотечением в полость м/таза и раздражением излившейся кровью алго-рецепторов брюшины. При этом развиваются слабые или нерезко выраженные боли. Продолжительность: от 15–30 мин до 1,5 суток; обычно — несколько часов.

Результаты эхографического исследования зависят от времени выполнения УЗИ относительно собственно овуляции. Например, при первом варианте, если сканирование осуществляется до овуляции, на эхограммах определяется необычно крупный доминантный (преовуляторный) фолликул, величина которого достигает 24–37 мм; в М — пролиферативный (трехслойный) Э, 8–10 мм. Чаще всего пациентка приходит на УЗИ уже после разрыва (опорожнения) фолликулярной полости. Эхолокация показывает нормальное физиологическое состояние Я и Э, когда доминирующего функционального жидкостного О в Я нет, а на его месте может быть выявлено менструальное ЖТ. Параллельно в полости М лоцируется смешанный или секреторный (однородный) Э. Эхокартина менструального ЖТ такая же, как и у ЖТ-беременности; но в отличие от последнего, негравидарное лютеиновое О визуализируется далеко не у всех пациенток. Это обусловлено его небольшими размерами и быстрым регрессом, если не произошло оплодотворения. К тому же ткань ЖТ часто «сливается» с изображением мозгового вещества Я.

Следует отметить, что специфические УЗ-признаки произошедшей овуляции удастся зарегистрировать, только если эхолокация проводится в раннем постовуляторном периоде — в течение нескольких часов после овуляции. В первую очередь это относится к визуализации свободной жидкости, излившейся в полость м/таза из опорожненной функционально-овариальной камеры. Характерно, что зафиксировать данный симптом (даже при условии выполнения УЗИ в хронологическом промежутке от 1–3 ч до суток после овуляции) представляется возможным не более чем в 25–40% случаев — как из-за небольшого объема, так и вследствие «растекания» жидкости по обширной поверхности м/таза и всасывания ее брюшиной. Излившаяся во время овуляции свободная жидкость скапливается на поверхности широкой маточной связки в области овариальной ямки и поэтому лоцируется параовариально — вдоль боковых краев и/или по задней поверхности Я, серповидно «охватывая» его; либо определяется позади М. Одновременно в Я может быть отмечено менструальное ЖТ. Оно представляет собой небольшое мягкотканное О средней плотности, располагающееся в Я эксцентрично (иногда в центре). Форма ладьевидная или неправильно-овальная, амёбовидная, реже округлая. В центре «раннего» ЖТ обычно прослеживается остаточная полость в виде эхонегативной (часто шелевидной) зоны (остатки фолликулярной жидкости, сгустки крови), повторяющей конфигурацию лютеинового О. Нередко между внешней границей ЖТ и мозговым веществом Я прослеживается узкий перифокальный ободок пониженной эхоплотности. В М имеется утолщенный до 9–11 мм Э смешанного, пролиферативно-секреторного строения (УЗ-характеристики приведены в предыдущем разделе).

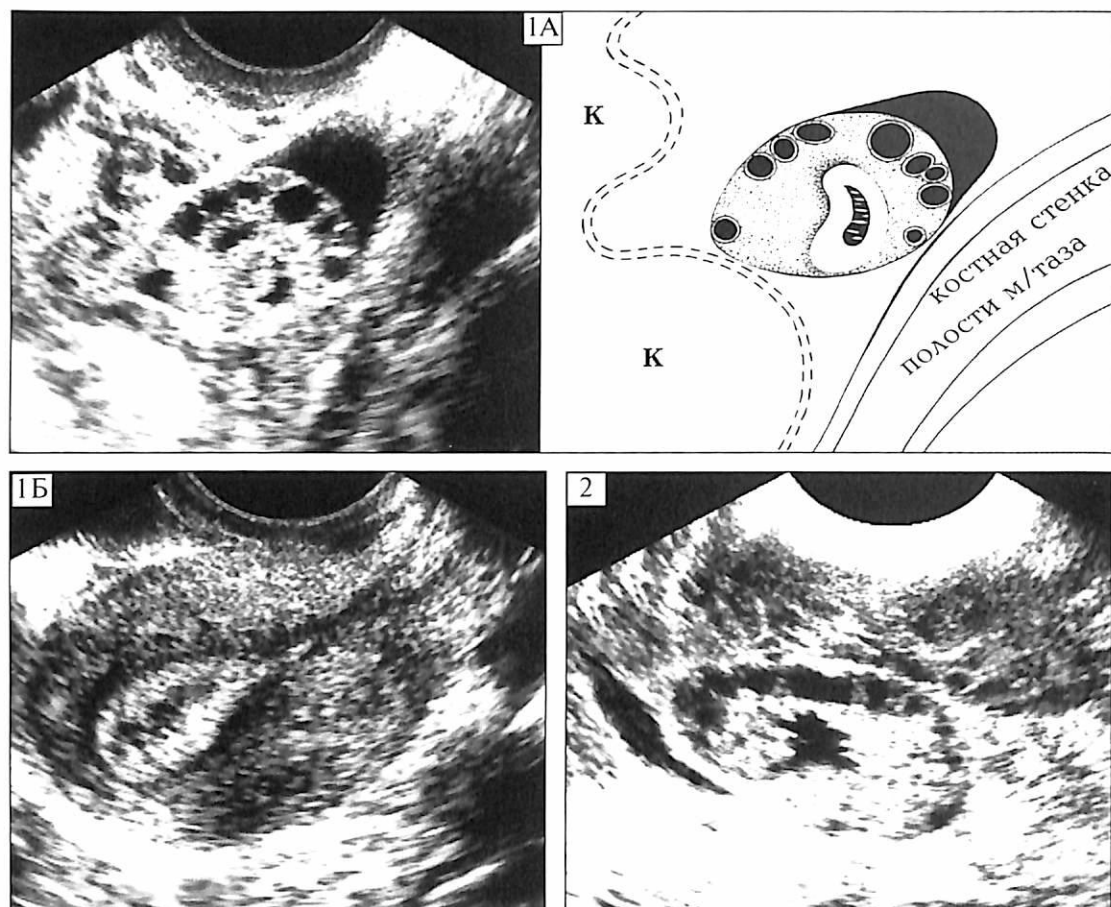


Рис. 35 (1, 2). Ранний постовуляторный период.

1А. В нижнем отделе правого Я — менструальное ЖТ, 13 × 7 мм (пояснения в тексте). Около верхне-медиальной поверхности Я, параовариально, имеется локальное скопление небольшого количества свободной (излившейся из фолликула) жидкости.

1Б. Полость М со смешанным Э, характерным для ранней стадии II фазы цикла: 9–10 мм, определяется уплотнение и утолщение кортикальных отделов, окружающих неоднородный участок пониженной плотности, контуры четкие.

2. «Свежее» ЖТ, в центре которого видна остаточная полость амёбовидной формы. За пределами Я, вдоль нижне-латеральной его границы, — незначительный объем постовуляторной жидкости.

Разумеется, появление УЗ-изображения ЖТ в Я и/или небольшого количества свободной жидкости за пределами Я отражает нормальные гормонообусловленные процессы, свойственные репродуктивной физиологии детородного периода жизни. В норме (безболезненная овуляция) УЗ-выявляемость указанных симптомов, и в частности постовуляторной жидкости, невелика. В случае болезненного характера овуляции частота визуализаций свободной жидкости возрастает примерно до 35–57%. Причиной тому является необычно большой объем излившейся из Я жидкости, что, в свою очередь, объясняется либо нетипично крупными размерами доминантного фолликула, либо — сопутствующим овуляторному разрыву незначительным кровоизлиянием.

Заслуживает внимания тот факт, что эпизоды болезненной овуляции могут наблюдаться, как случайные явления, у любой женщины чадородного возраста. Вместе с тем, наиболее часто алгическое течение овуляции встречается у женщин с хронической гиперэстрогенией, симптоматической (например, до родов) или на фоне аденомиоза. В последнем случае болезненная овуляция иногда присутствует в виде спорадически возникающих состояний.

При наружном эндометриозе, когда эндометриоидные гетеротопии локализируются на боковых стенках м/таза, на поверхности Я или МТр, при эндометриоидной кисте и, реже, при позадишеечном поражении, — эпизодические или спорадические овуляторные боли довольно типичны. Они возникают (могут возникать) из-за циклических превращений в очагах эндометриоза под влиянием связанных с овуляцией изменений гормональных уровней. Причем в большинстве случаев имеют место «малые» и, как правило, эхонегативные формы заболевания, нередко протекающие без существенной клинической симптоматики. В ряде случаев у таких пациенток именно болезненность овуляции служит единственным субъективным проявлением эндометриоза. Иногда незначительные или нерезко выраженные овуляторные боли при наружном эндометриозе бывают более или менее постоянными и становятся привычной чертой менструальных периодов.

Независимо от морфо-функционального состояния репродуктивной сферы, болезненная овуляция (так же, как и другие типы овуляторных нарушений) встречается преимущественно у нерожавших женщин.

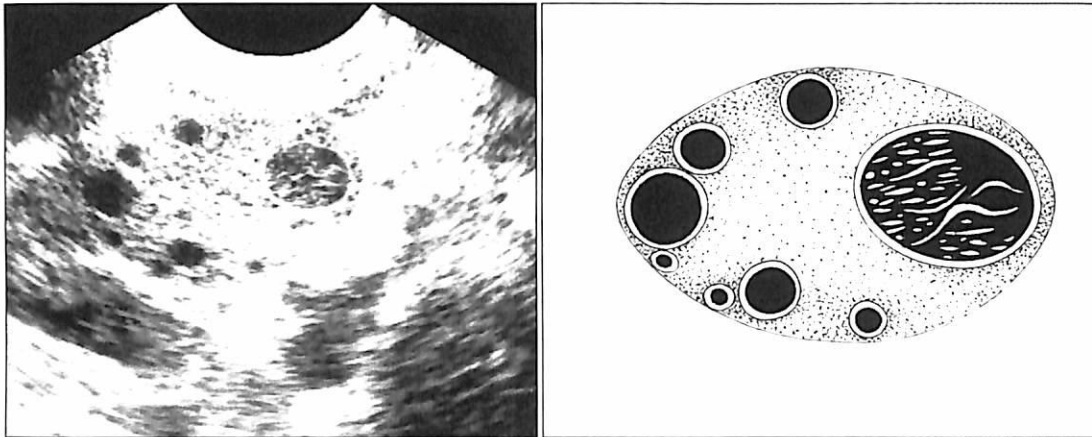
Гематома ЖТ или кровоизлияние в кисту ЖТ.

Незначительное физиологическое кровоизлияние в желтое тело является неотъемлемой составляющей овуляторного разрыва доминантного фолликула. В норме, попавшие в остаточную полость опорожненного фолликула незначительные порции крови организуются и трансформируются (за один цикл) в рыхлый соединительнотканый рубец, окруженный более массивным слоем лютеинового эпителия. Между тем, если во время овуляции своевременного тромбоза вскрывшихся сосудов не происходит, то продолжительность физиологического кровотечения в остаточную (после эвакуации фолликулярной жидкости) полость ЖТ увеличивается. Последняя быстро заполняется, и, если поступление крови не прекращается, объем ее начинает нарастать, стенки равномерно растягиваются и истончаются → ЖТ преобразуется в округлую камеру с геморрагическим содержимым. Это лютеиновая гематома, выстланная изнутри слоем прогестеронсекретирующих зернистых клеток, содержащих желтый пигмент, а снаружи покрытая тека-экстерна фолликула.

Указанное явление чаще всего обозначается как «кровоизлияние в кисту желтого тела», что вполне справедливо с точки зрения формальной морфологии. Однако с позиции физиологического гистогенеза данный термин представляется неточным, так как первичным является избыточное овуляторное кровотечение в ЖТ, приводящее к формированию кистовидного О, содержащего кровь, а не первоначально возникшая лютеиновая киста с последующим внутренним кровоизлиянием в ее просвет. Следовательно, правильнее говорить о гематоме ЖТ, или геморрагической лютеиновой полости, или о кровоизлиянии в ЖТ с развитием геморрагической кисты. В то

же время термин «кровоизлияние в кисту желтого тела» широко используется в клинической работе гинекологов и в патоморфологических протоколах; он стал привычным и имеет право на существование, поскольку не искажает представления о морфологическом состоянии **Я** и поэтому не влияет на тактику ведения больных.

Постовуляторная геморрагическая киста **Я** образуется в течение первых суток после овуляции, иногда за несколько часов. Размеры зависят от интенсивности и длительности кровотечения. Достигнув величины 10–12 мм в Ø, лютеиновая гематома может быть замечена на эхограммах (ТВ-УЗИ) в виде внутриовариального жидкостного **О**, правильной округлой или овальной формы, с тонкими стенками. Отличается от фолликулов несколько большими размерами (10 – 20–25 мм) и, главное, дисперсным строением содержимого за счет множественных линейных, волокнистых и точечных эхопозитивных включений во всех отделах. Последние возникают вследствие стремительно развивающихся в замкнутом объеме лютеиновой полости процессов тромбообразования и организации сгустков крови.



ви.

Рис. 36. Небольшая гематома ЖТ.

В верхне-медиальной части **Я**, эксцентрично (ближе к кортикальному слою), имеется жидкостное **О** правильной овальной формы (16 × 11 мм), просвет которого неравномерно заполнен эхопозитивными элементами тяжевого типа, находящимися во взвешенном состоянии.

Как показали клинко-эхографические сопоставления, избыточное кровоизлияние в просвет ЖТ протекает бессимптомно, пока размеры гематомы не превышают 23–25 мм в Ø. Дело в том, что само по себе интралютеиновое кровотечение не вызывает болевых ощущений, так как эпителий полости ЖТ лишен аллогенной рецепции. Кроме того, незначительная по размерам геморрагическая лютеиновая киста, в силу своего небольшого веса, не вызывает существенного напряжения мезооварума, поэтому раздражения болевых рецепторов брюшины не происходит.

Вместе с тем, если кровотечение в просвет ЖТ не прекращается или же оно сразу (во время овуляции) было интенсивным, то размеры гематомы превышают указанный

«болевой порог»... иногда достигая 60 мм. Обычно — в пределах 30–50 мм. Параллельно с увеличением размеров отмечается существенное нарастание веса лютеинового **О** (и всего **Я** в целом), как за счет накопления жидкости, так и вследствие непрерывного тромбообразования внутри геморрагической полости. Это приводит к перерастяжению тонкой и короткой брыжейки **Я**, серозный покров которой имеет богатую болевую рецепцию — возникает боль.

На эхографических срезах крупная гематома ЖТ занимает пограничное, интра-экстраовариальное положение, когда значительная часть объекта лоцируется за пределами внешнего края **Я**. При этом рядом с жидкостным **О** (вплотную к нему) всегда определяется интактная часть **Я** с характерной для всех видов функциональных полостей дугообразной деформацией овариального контура (краевой дефект) на границе с кистой. Форма овальная, реже округлая. Стенки плотные за счет адсорбированных на них сгустков крови, но тонкие (как правило, не более 3 мм). Содержимое неоднородное, иногда грубодисперсное, из-за многочисленных линейно-тяжевых эхопозитивных элементов, хаотически расположенных во всех отделах камеры (преимущественно — в ее нижних отделах).

Состояние **Э** соответствует циклическим особенностям — секреторная слизистая: 9–11 мм, однородной структуры, средней или высокой эхоплотности, с четко очерченными контурами. Свободная постовуляторная жидкость выявляется редко, так как к моменту выполнения УЗИ (необходимость в котором диктуется появлением болей) она уже успевает всосаться брюшиной широкой маточной связки.

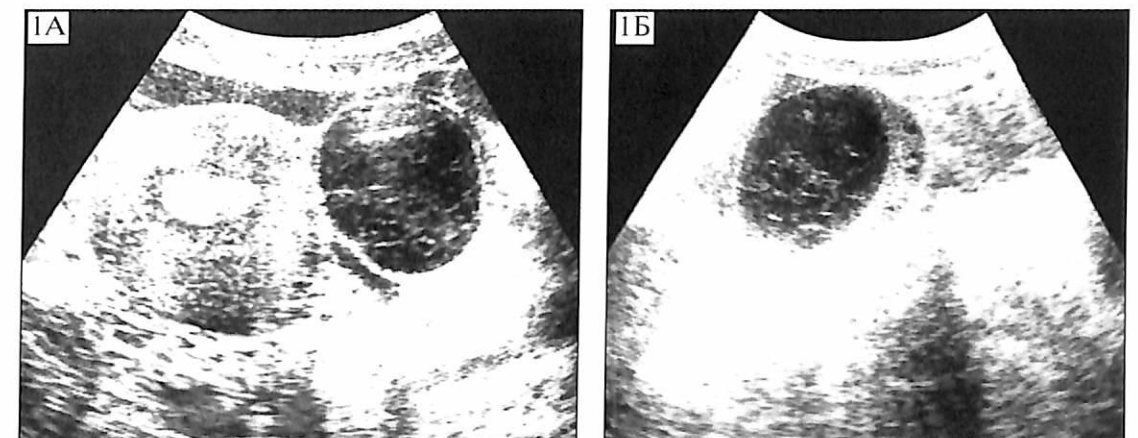


Рис. 37 (1, 2 — трансабдоминальное УЗИ с полупустым МП, разные больные). Кровоизлияние в ЖТ с формированием геморрагической лютеиновой кисты.

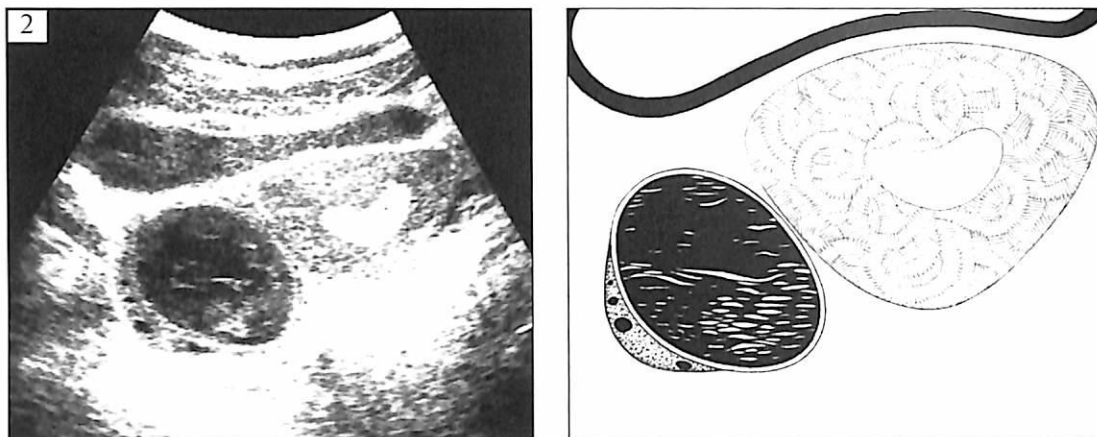
1А. Поперечное УЗ-сечение **М** и левой параметральной области.

Слева от **М** (**Э** 10 мм, секреторный) имеется патологическое жидкостное **О**, 54 × 30 мм; пояснения в тексте.

1Б. Изолированная (прицельная) эхограмма кисты (та же больная), демонстрирующая изображение неизменной овариальной ткани, серповидно располагающейся вдоль правой боковой границы полости.

2 (на с. 388). Аксиальная проекция сканирования **М** и правой половины м/таза.

Аналогичное наблюдение, только справа. Лютеиновая гематома (43 × 25 мм); интактная часть правого **Я** лоцируется в области ниже-латерального края кисты.



Нетрудно заметить, что гематома ЖТ по своим УЗ-качествам (независимо от размеров) неотличима от эндометриоидной кисты. Кстати, подобная ошибка — когда функциональная (циклическая, постовуляторная) лютеиновая полость, содержащая кровь, эхографически неверно расценивается в качестве органической патологии **Я** (эндометриоидной или дермоидной кисты, реже — абсцесса **Я**), — довольно типична. Данное явление, которое можно рассматривать как закономерность, лишний раз подтверждает хорошо известный факт — далеко не всегда, казалось бы, специфичная (или даже, согласно некоторым источникам, патогномоничная) эхокартина точно отражает морфологию обнаруженного овариального объекта. Поэтому никогда не стоит спешить с выводами. Тем более что у молодых женщин около 80% жидкостных овариальных **О**, в просвете которых имеются эхопозитивные включения, на самом деле являются не истинными кистами **Я**, требующими хирургической коррекции, а функциональными полостями (фолликулярными, лютеиновыми), исчезающими самопроизвольно или под влиянием консервативной терапии. В этой связи уместно вспомнить старинное изречение — «не верь глазам своим»... во время первичного эхосканирования, потому что при динамическом наблюдении первоначальное впечатление зачастую в корне изменяется.

Дифференциация между геморрагической кистой ЖТ и цистэндометриомой (а также, в меньшей степени, тератодермоидным **О**, длительно существующей фолликулярной полостью или абсцессом **Я**) осуществляется по двум направлениям: во-первых, путем сопоставления клинко-эхографической картины с циклической хронологией — лютеиновая гематома (и связанные с ее появлением боли) определяется после овуляции, как правило, в раннюю и среднюю стадии II фазы цикла; во-вторых — с помощью динамического УЗ-обследования, служащего основным элементом дифференциальной диагностики. Так, после поступления из травмированных (во время овуляторного разрыва) сосудов крови в просвет ЖТ и образования геморрагической полости кровотечение обычно довольно быстро прекращается из-за тромбоза сосудистых ветвей изнутри — тромботические массы оседают на стенках кисты и «пломбируют» первичный дефект. Затем, в результате организации, резорбции и всасывания геморрагического со-

держимого, гематома ЖТ постепенно уменьшается в объеме → стенки ее спадаются → УЗ-изображение жидкостного **О** в **Я** исчезает. При небольших полостях (до 30–35 мм) это происходит за один цикл. Более крупное **О** регрессирует медленнее и может персистировать в следующем менструальном цикле. Процесс обратного развития геморрагической лютеиновой кисты складывается из трех протекающих параллельно явлений: уменьшения размеров, нарастания степени дисперсности — эхопозитивные включения становятся более грубыми и замещают жидкость; некоего повышения плотности и толщины стенок. Иногда во время УЗ-мониторинга (каждые три дня) отмечается несколько иная картина. Наряду с уменьшением объема и уплотнением стенок кисты количество и величина внутренних элементов сокращается — наступает «просветление», самоочищение полости, обусловленное преобладанием процессов резорбции и рассасывания геморрагического содержимого.

Таким образом, с одной стороны, установление хронологической связи болевого синдрома и факта УЗ-визуализации кисты в **Я** с овуляцией и, с другой стороны, УЗИ в динамике — в совокупности позволяют установить функционально-циклическую природу такого **О** и тем самым уберечь многих пациенток от неадекватной операционной активности.

В свете сказанного уместно подвергнуть критике ту легкость (даже стремительность), с которой многие наши коллеги направляют таких пациенток на лапароскопию. Особенно широко это распространено в Германии и США, где практически всем женщинам, в случае УЗ-обнаружения в полости м/таза любого более или менее крупного и неоднородного жидкостного **О**, сразу же выполняются лапароскопические операции. При этом врач-УЗИ совершенно не утруждает себя проведением дифференциальной диагностики, поскольку общепринятая установка такова — эхографист визуализирует патологический объект, а лечащий врач автоматически передает больную «в руки» хирургов*. И это устраивает всех. В первую очередь — представителей службы УЗИ. Действительно, достаточно только ловкого манипулирования УЗ-датчиком, чтобы найти и зафиксировать патологический очаг. Все. И не надо напрягать мозг сложными комбинациями клинко-эхографических симптомов... не нужно утруждать себя выполнением контрольных исследований для уточнения морфо-функциональной природы обнаруженного объекта. Диагностический процесс закончен. А как же больные? Ведь в большинстве случаев подобные хирургические вмешательства производятся без достаточных для того показаний — при функциональных и воспалительных **О**, которые могут быть успешно излечены консервативно или самоликвидироваться. А может быть указанная система направлена на ускоренное финансовое истощение социальных медицинских страховок или, если женщина прибегает к платным «услугам», — на максимально быстрое изъятие у нее крупных денежных средств?

Впрочем, это неважно. Несомненно другое. Любая всеобщая стандартизация, касающаяся применения травматических лечебных методик, неизбежно сказывается негативно на многочисленных пациентках, так как, во-первых, полностью

* Подобное положение дел в современной гинекологии напоминает парадоксальную ситуацию, сложившуюся в США в середине 1970-х гг., когда из-за «параноидальной» онкологической настроенности чудовищно возросла хирургическая активность онкогинекологов... и редкая американка старше 50 лет могла бы «похвастаться» присутствием у нее матки.

исключает возможность дифференцированного, индивидуального в каждом конкретном наблюдении подхода к решению вопросов диагностики и лечения; во-вторых — отвергает заложенный еще Гиппократом и Авиценной принцип «наибольшей пользы» для больной всех совершаемых врачом (или группой врачей, или всей системой здравоохранения) действий.

К счастью, в России, где каждый врач со студенческой скамьи воспитывается в гуманистических традициях щадящего направления («лечи, но не вреди»), умеренного бескорыстия («все для больного») и позитивного индивидуализма («изучай не болезнь, а больного»), подобный порочно-уравнительный вариант ведения гинекологических больных пока еще не получил тотального распространения, и по большому счету — просто неприемлем.

Для кровоизлияния в ЖТ с формированием геморрагической полости характерны нерезко или умеренно выраженные боли (обычно постоянные), которые в большинстве случаев за 1–2 (реже 3) недели проходят. Только при неостанавливаемом кровотечении в просвет уже сформированной, инкапсулированной гематомы боли нарастают (а эхографически размеры объекта обычно увеличиваются), что свидетельствует об угрозе разрыва кисты и служит показанием к хирургическому вмешательству. Такой вариант течения нетипичен. Как правило, интраютеиновое кровоизлияние довольно быстро прекращается, чему способствуют тромбирование вскрывшихся при овуляции сосудов и «тампонада» раневой поверхности оседающими на внутренней стенке кисты сгустками крови.

В единичных наблюдениях отмечается первично острое течение лютеиновой гематомы. Это бывает, когда одновременно с поступлением крови в ЖТ (и образованием в этом месте геморрагической камеры) происходит «наружное», экстраовариальное кровотечение — в полость м/таза.



Рис. 38. Сочетанное, экстра-интраовариальное овуляторное кровоизлияние, которое привело к появлению лютеиновой гематомы в Я и развитию гемопельвиоперитонеума.

В верхнем отделе правого Я имеется жидкостное О, 44 × 37 мм: контуры ровные, стенки тонкие и плотные; в просвете — множественные тяжелые включения, находящиеся во взвешенном состоянии; к нижне-медиальной поверхности кисты «прилежит» интактная ткань Я (его нижний полюс), серповидно охватывающая границу патологической полости.

Это геморрагическая киста ЖТ.

Кроме того, за пределами Я (вернее — за пределами кисты и нижнего полюса Я) оп-

ределяется свободная жидкость, в основном скопившаяся на уровне верхне-медиальной части кисты и, в меньшей степени, затекающая вдоль нижне-медиальной поверхности интактной части Я. Эхокартина умеренно выраженного гемопельвиоперитонеума.

Рассмотрение субъективной симптоматики овуляторных нарушений, проявляющихся незначительно, нерезко или умеренно выраженными болями (болезненная овуляция, кровоизлияние в ЖТ с формированием геморрагической кисты),

было бы неполным, в контексте ВМБ, без упоминания об иногда сопутствующих алгическому состоянию ациклических кровянистых выделениях. ДМК этого типа в виде вялотекущей, скудной и часто прерывистой метроррагии обычно возникают в постовуляторном периоде и обусловлены дискретностью секреции П желтым телом Я. Снижение концентрации П вызывает появление кровянистых выделений. Они встречаются нечасто и продолжаются, как правило, в пределах трех дней (от нескольких часов до 4–5 дней).

Изредка постовуляторная метроррагия наблюдается самостоятельно, без болевых ощущений. При этом эхосканирование показывает обычное состояние Э и Я, соответствующее II фазе менструального цикла.

Апоплексия Я — овуляторный разрыв овариальной ткани, сопровождающийся нарушением целостности более крупного (крупных), чем при обычной овуляции, сосуда (или группы сосудов), что приводит к умеренному, обильному или массивному кровотечению в полость м/таза. Объем гемопельвиоперитонеума колеблется от 50–100 мл до 1–2 л.

Известны два патогенетических механизма апоплексии Я.

1. Данное осложнение развивается, когда зона овуляторной деструкции фолликулярной стенки локализуется не как всегда — в области экстраовариального полюса фолликула, выходящего за пределы Я и обращенного в сторону брюшной полости, — а ближе к основанию фолликула, около или внутри собственно ткани Я, где сосуды располагаются более густо и просвет их больше, чем на периферии. Значительная интенсивность такого кровоизлияния предопределена не только крупным калибром и значительным числом травмированных сосудистых ветвей, но и богатой васкуляризацией преовуляторного фолликула (вследствие активной эстрогенной стимуляции его в I фазе цикла).

Различают три клинические формы: 1) *анемическую*, в картине которой преобладают симптомы массивного или обильного внутрибрюшного кровотечения (сильный болевой приступ и одновременно — слабость, головокружение, обморочное состояние, снижение артериального давления и т. д.); 2) *болеую*, когда при умеренно выраженном кровоизлиянии имеет место только болевой синдром, без признаков анемизации; 3) *смешанную*. Независимо от типа течения, заболевание начинается остро — в середине цикла (во время овуляции) неожиданно появляются интенсивные боли внизу живота...

2. Кровотечение в полость м/таза возникает в результате разрыва геморрагической кисты ЖТ. То есть собственно апоплексии Я предшествует период формирования инкапсулированной постовуляторной гематомы. Разрыв ее может быть спровоцирован травмой, физическим напряжением, половым актом... или развивается из-за перерастяжения и нарушения целостности стенки вследствие непрекращающегося кровотечения в просвет лютеиновой камеры. При этом в брюшную полость эвакуируется содержимое гематомы ЖТ и, одновременно, поступают более значительные порции крови из поврежденных при вскрытии кисты сосудов.

Варианты клинической картины такие же, как и в случае первого патогенетического механизма — первичной апоплексии Я. Однако, в отличие от последней, для разрыва геморрагической кисты ЖТ характерен предшествующий раз-

витию сильного болевого приступа (во II фазе цикла) период более спокойного течения (от дискомфорта или непостоянных алгических ощущений до умеренно выраженных болей). Он продолжается от 1–3 суток до 2 недель и связан с образованием в **Я** и персистенцией (до разрыва) лютеиновой гематомы.

При любом патогенетическом механизме апоплексии **Я** в клинике заболевания по частоте преобладает так называемая болевая форма, не требующая хирургического вмешательства и в большинстве наблюдений купируемая консервативно. В то же время в практике ургентной оперативной гинекологии апоплексия **Я** (анемическая и смешанная формы) занимает первое место... а на втором — нарушенная ВМБ. Причем, по материалам ряда гинекологических стационаров Санкт-Петербурга, за последние годы частота разрыва геморрагической кисты ЖТ несколько превышает удельный вес первичной апоплексии **Я**.

Эхографическая симптоматика заключается в визуализации следующих моментов: 1) свободной жидкости (крови) за пределами **М** и **Я**; 2) секреторного или смешанного **Э** (до 10–11 мм) в полости **М**; 3) мягкотканного или мягкотканно-жидкостного ЖТ в одном из **Я** (чаще справа).

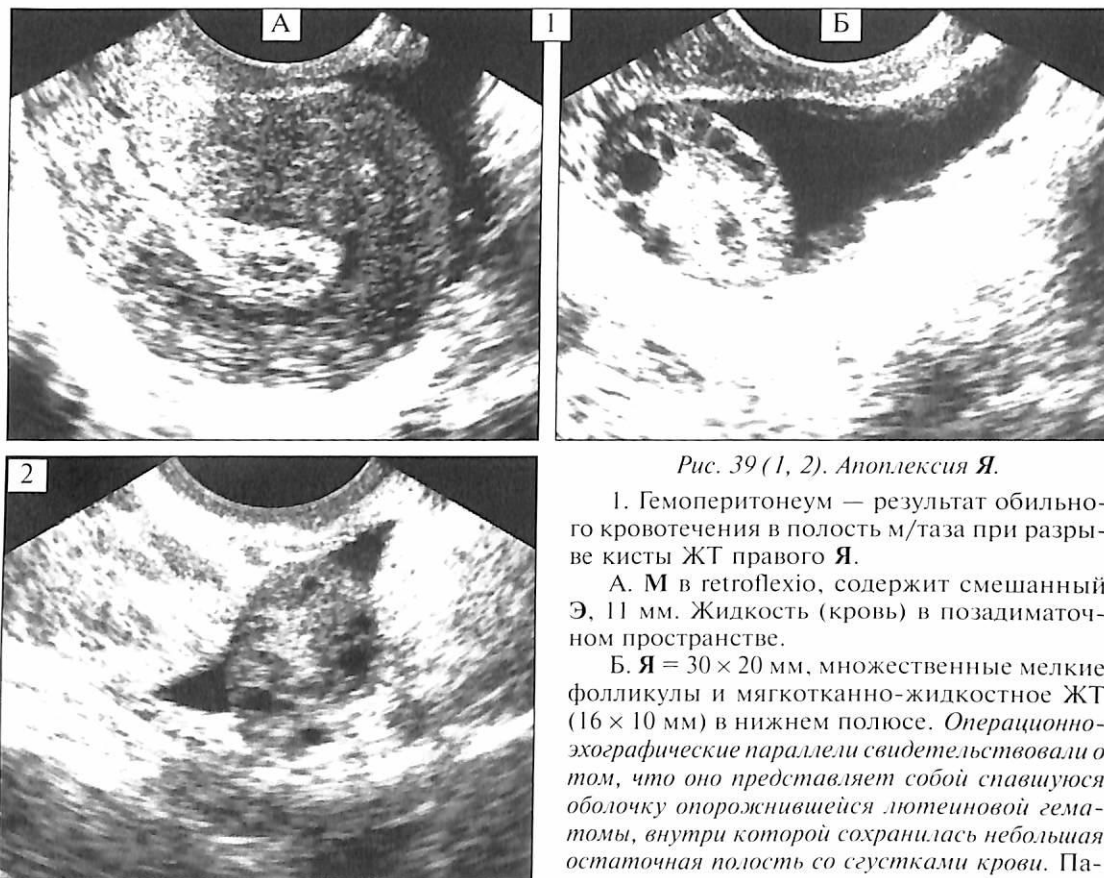


Рис. 39 (1, 2). Апоплексия **Я**.

1. Гемоперитонеум — результат обильного кровотечения в полость м/таза при разрыве кисты ЖТ правого **Я**.

А. **М** в retroflexio, содержит смешанный **Э**, 11 мм. Жидкость (кровь) в позадиматочном пространстве.

Б. **Я** = 30 × 20 мм, множественные мелкие фолликулы и мягкотканно-жидкостное ЖТ (16 × 10 мм) в нижнем полюсе. Операционно-эхографические параллели свидетельствовали о том, что оно представляет собой спаившуюся оболочку опорожнившейся лютеиновой гематомы, внутри которой сохранилась небольшая остаточная полость со сгустками крови. Паравариально, в основном рядом с медиальной

поверхностью **Я**, — значительное количество свободной жидкости, распространяющейся по широкой маточной связке в сторону **М** («переток» в позадиматочное пространство). Также виден слабовыраженный затек крови вдоль верхнего полюса **Я**.

2. Умеренно выраженный гемоперитонеум при болевой форме апоплексии **Я**.

В области верхнего и нижнего полюсов **Я** (в центре его прослеживается мягкотканное ЖТ амбовидной формы) определяются небольшие скопления свободной жидкости.

Больные с анемической и смешанной формами апоплексии **Я** почти всегда сразу направляются в стационар. Разумеется, при наличии клинической картины массивного или обильного внутреннего кровотечения вопросы дифференциальной диагностики между овуляторным (постовуляторным) разрывом **Я** и остро прерывающейся атипичной (без задержки месячных) ВМБ непринципиальны, так как в обоих случаях производится неотложная операция.

Хирургический вариант апоплексии **Я**, по сравнению с прочими овуляторными расстройствами (болезненная овуляция, кровоизлияние в ЖТ с формированием геморрагической кисты, болевая форма апоплексии), встречается редко, в пределах 3–8%.

В поле зрения амбулаторной эхографической службы преимущественно попадают женщины с болевой формой апоплексии. Специфических УЗ-признаков этого патологического состояния нет. Даже такой симптом, как визуализация во II фазе цикла небольшого количества свободной жидкости, отнюдь не патогномоничен и выявляется далеко не у всех обследуемых. Поэтому для дифференциации с подостро протекающей атипичной модификацией трубной беременности необходимы углубленная оценка **Э**, всей полости м/таза в целом, тестирование на ХГ, УЗИ в динамике. В отличие от ВМБ, при болевой форме апоплексии **Я** отмечаются следующие детали: относительно небольшой объем (до 10–11 мм) и четкость контуров **Э**; отсутствие параовариального патологического объекта; нет косвенных УЗ-признаков беременности (расширения и обогащения сосудов миометрия и параметральных областей); отрицательный результат реакций мочи и крови на ХГ; положительная динамика клинических и эхографических показателей в процессе наблюдения.

Органическая и функциональная патология придатков **М**

Спайки, фолликулярная киста, тератодермоидные **О**, эндометриоз (эндометриоидная киста, наружный эндометриоз), киста ЖТ (но не гематома), параовариальная киста, фиброма **Я**, цистаденомы (серозная, муцинозная) — в качестве причины появления нерезко или умеренно выраженных тазовых болей, при отсутствии данных за беременность (нет менструальной задержки, нет УЗ-признаков маточной или экстраматочной имплантации, отрицательный тест на ХГ), встречаются значительно реже, чем воспалительные заболевания или овуляторные расстройства. В контексте рассматриваемой клинической ситуации, одна из граней которой — атипичная форма ВМБ, в большинстве случаев имеет место первичная УЗ-манифестация того или иного патологического процесса, что, естественно, требует проведения всего комплекса дифференциально-диагностических мероприятий. Значительно реже на прием приходят пациентки с прото-

колом предыдущего УЗИ, где отражен факт наличия той или иной гинекологической патологии, что, конечно же, существенно облегчает диагностику при настоящем исследовании.

Необходимо подчеркнуть, что самой частой УЗ-находкой (после воспалительных заболеваний и овуляторных расстройств), связанной с обращением на УЗИ по поводу ациклических болей, является обнаружение спаек.

Значительно реже встречаются «объемные» овариальные **О** — кисты (функциональные, истинные) и опухоли **Я**. Эхографическая симптоматика перечисленных выше (в порядке убывания частоты) патологических объектов достаточно широко и подробно представлена в отечественных и зарубежных публикациях и поэтому не нуждается в дублировании. Тем более что это уже частично сделано в предыдущей главе, а в рамках прикладного издания просто невозможно, да и не нужно, «объять необъятное».

Определенный интерес могут представлять попытки выяснения причинно-следственных связей между фактом визуализации патологического очага в **Я** и развитием алгического состояния.

Как уже отмечалось (в подразделе, посвященном геморрагической кисте ЖТ), болевые ощущения или дискомфорт внизу живота возникают по достижении **О** определенной «критической массы», при которой оно, за счет своего веса, вызывает растяжение собственной связки **Я**, инициирующее возбуждение алго-рецепторов брюшины. Как правило, толчком к появлению болей или неприятных ощущений служат физические нагрузки, которые в норме или при небольших размерах **О** не существенны, но при наличии крупной кисты или солидной опухоли приводят к напряжению мезоооварума. В то же время нередко даже очень большие объекты (свыше 50 мм в Ø) «существуют» в полости м/таза совершенно бессимптомно. В случае фолликулярной кисты, параовариальной кисты и серозной цистаденомы это объясняется мягкой консистенцией полости и небольшим удельным весом ее содержимого (серозная жидкость), а при тератомах и фиброме **Я** — врожденным характером и очень медленным, отграниченным типом роста, когда окружающие ткани и органы адаптируются к постоянно присутствующему рядом с ними доброкачественному **О**. Однако у некоторых женщин, преимущественно с сопутствующими аденомиозом, спайками, фоновой гиперэстрогенией, наружным эндометриозом или индивидуально низким порогом болевой чувствительности, наличие или появление на этом фоне в **Я** даже небольшого патологического очага может вызывать боль или дискомфорт.

В ряде наблюдений выявление кист и опухолей **Я** происходит случайно, а боли, по поводу которых выполняется УЗИ, на самом деле обусловлены спайками, и/или сальпингитом. А может быть такая случайность — в действительности не что иное, как внезапно проявившаяся закономерность?

При небольшой эндометриоидной кисте (когда еще сохраняется в том или ином объеме интактная овариальная ткань) и наружном эндометриозе болевые ощущения в межменструальном периоде могут быть связаны с болезненным характером овуляции... если она происходит в пораженном **Я**.

Самой частой причиной возникновения болей, не связанных с месячными, при эндометриоидных кистах является обострение сопутствующего хронического

сальпингита. Как показывают операционные находки, хроническое вялотекущее воспаление придатков **М** — фактически постоянный «спутник» крупной (свыше 30 мм в Ø), а следовательно длительно существующей, цистэндомиомы. Развитию воспалительных изменений способствует спаечный процесс, который в 48–70% наблюдений выявляется на эхограммах в виде ограниченной тяжести наружного контура полости. Показательно, что именно ациклические боли, вызванные обострением сальпингита и спайками, служат довольно типичным поводом для направления на УЗИ и первичного выявления эндометриоидных кист.

Иногда умеренно выраженный болевой синдром возникает из-за микроперфорации стенки эндометриоидной камеры. При этом опорожнения кисты не наступает, а наблюдается «подкравливание» из нее в полость м/таза и вследствие раздражения брюшины кровью — появление болей. Это бывает так: после окончания очередной болезненной менструации боли не проходят, а продолжают беспокоить женщину в течение 1–3 недель (пока не затромбируется перфорационное отверстие) в виде постоянных тянущих ощущений внизу живота и/или пояснице, иногда с иррадиацией в прямую кишку, паховые области, ногу. Специфическая эхосимптоматика отсутствует, так как из-за незначительного объема кровоизлияния свободной жидкости в м/тазу не определяется. Данное явление (микроперфорация цистэндомиомы) встречается редко, до операции обычно не распознается и, в принципе, должно быть отнесено к следующему разделу.

Осложненное течение кист и опухолей **Я**

Перекрут ножки патологического **О** у молодых женщин наблюдается в первую очередь при тератомах, реже — при параовариальных кистах, очень редко — при серозной и муцинозной цистаденомах, которые в основном бывают у женщин старшей возрастной группы. Обязательным условием для развития этого осложнения является наличие длинной стеблеобразной ножки **О**. Она состоит из растянутых связки, подвешивающей **Я**, собственной связки **Я**, мезоооварума и, нередко, включает истонченную и удлинненную **МТр**. В ножке проходят кровеносные сосуды (яичниковая артерия, анастомоз ее с маточной артерией, вены), лимфатические сосуды и нервы.

Субъективная симптоматика перекрута ножки кисты или опухоли **Я**, а также результаты гинекологического осмотра не зависят от морфотипа новообразования. При *полном перекруте* резко нарушается кровоснабжение **О**, что клинически проявляется картиной «острого живота», — заболевание начинается с сильных, резких болей (иногда болевой приступ совпадает с физической нагрузкой, стремительным движением), сопровождающихся тошнотой и рвотой, тахикардией, отмечаются бледность, холодный пот. В случае же *частичного перекрута* или *перерастяжения* ножки все симптомы выражены в значительно меньшей степени и часто проходят самостоятельно вследствие самопроизвольного «раскручивания» или смещения патологического объекта, восстанавливающего «нормальную» (привычную) топографию.

Независимо от тяжести анатомических нарушений (полный или неполный перекрут, перегиб или избыточное растяжение ножки кисты или опухоли **Я**) очевидно, что клиническая картина рассматриваемого осложнения не имеет патогномоничных черт и может быть следствием различных патологических процессов: апоплексии **Я**, кровоизлияния в ЖТ с формированием геморрагической кисты, острого или подострого сальпингита, нарушения атипичной формы трубной беременности и пр.

Существенную помощь для формулировки верного диагноза оказывает УЗИ. В частности, сам факт визуализации патологического **О** — чаще всего это зрелая кистозная (кистозно-солидная, солидная) тератома или параовариальная киста — нередко решает многие диагностические вопросы. Есть и более конкретные детали, позволяющие с той или иной степенью вероятности высказаться о нарушении топографии ножки, «питающей» уже выявленный объект.

Собственно говоря, характерных УЗ-симптомов частичного или полного перекрута, а также перегиба или перерастяжения ножки тератодермоидного **О** или параовариальной кисты нет, поскольку данная анатомическая структура обычно не видна при эхолокации. Однако косвенно об этом могут свидетельствовать следующие признаки.

- Значительная удаленность лоцируемого **О** от **М** (свыше 30 мм), что само по себе говорит в пользу наличия у него длинной стеблеобразной ножки.
- Тот же вывод вытекает из регистрации повышенной смещаемости объекта во время компрессии его УЗ-датчиком. В ряде наблюдений именно симптом избыточной подвижности позволяет высказаться о наличии у **О** длинной ножки — например, когда патологический очаг определяется рядом с **М**, но при контактном исследовании сравнительно легко передвигается вверх или вниз от исходного положения.
- Болезненность при смещении в процессе локального давления на объект. Причем, в отличие от тубарного абсцесса или эндометриоидной кисты, болевые ощущения возникают не в момент осторожных тракций, а только во время перемещения (движения) **О**.

Указанные симптомы, вместе и по отдельности, могут быть замечены при эхолокации, проводимой вне связи с болями (профилактическое или контрольное исследование, УЗИ при БРС или в связи с НМЦ и др.). И тогда факт наличия у **О** длинной ножки выполняет роль прогностического показателя риска развития частичного или полного ее перекрута в будущем.

Разрыв стенки кисты или капсулы опухоли **Я**.

Прежде всего нужно оговорить следующий факт. При фолликулярной кисте (а также — негравидарной и негеморрагической кисте ЖТ, встречающейся значительно реже) нарушение целостности стенки и опорожнение в полость м/таза является закономерным и наиболее частым механизмом самоликвидации этого функционального **О***. Указанный физиологический процесс протекает бессимптомно, потому что: во-первых, содержимое фолликулярной кисты в алгическом отношении абсолютно индифферентно (не раздражает рецепторов брюшины);

во-вторых, стенки ретенционно-функциональных полостей представляют собой перерастянутую и истонченную тека-экстерна фолликула (фактически — тонкую фиброзную «пленку») с капиллярным типом кровоснабжения, поэтому во время разрыва фолликулярной (или «простой» лютеиновой) кисты кровотечения не наблюдается или оно бывает минимальным.

В случае же разрыва стенки кистозной тератомы, эндометриоидной кисты, цистаденомы обычно происходит травматизация более крупных сосудистых ветвей с последующим внутрибрюшинным кровотечением, которое может быть массивным.

Описанное осложнение встречается редко и, как правило, развивается в результате предшествующих ему чрезмерных нагрузок (травмы, тяжелой физической работы, интенсивных занятий спортом), но иногда возникает самопроизвольно. Клиническая картина определяется интенсивностью внутреннего кровотечения — от умеренно выраженных болей, которые постепенно проходят, до клиники «острого живота».

При первичном обследовании, когда до болевого приступа факт органической патологии **Я** еще не был установлен, УЗ-распознавание разрыва овариального **О** затруднено, а в случае однокамерного строения объекта — почти невозможно, поскольку из-за нарушения «герметичности» стенок кисты (или кистозно-солидного **О**) опорожняется, теряет жидкость и поэтому становится невидимой в процессе сканирования*. Эхосимптоматика сводится к визуализации свободной жидкости, которая может и не выявляться, если кровотечение было малоинтенсивным.

Другой вариант развития событий предполагает, что наличие кисты или кистозно-солидного **О** было зарегистрировано эхографически ранее. При таком условии отсутствие УЗ-изображения патологического очага после болевого приступа может быть истолковано как следствие повреждения его капсулы и эвакуации содержимого; особенно, когда при настоящем исследовании в полости м/таза выявляется свободная жидкость, а киста «исчезла».

Перфорация (обычно микроперфорация) капсулы эндометриоидной кисты в большинстве случаев происходит без «видимой причины». Вероятно, она вызвана локальным асептическим некрозом стенки длительно существующей цист-эндометриомы, развившейся в результате внутрискладочного кровоизлияния (микроинфаркта) во время одной из менструаций. Клинические и эхографические аспекты этого осложнения показаны в предыдущем разделе. Дополнительно к этому стоит отметить, что из-за незначительной величины перфорационного отверстия опорожнения кисты не происходит, поэтому при эхолокации, во-первых, в одном из **Я** выявляется патологическое жидкостное **О** (со свойствами для цист-эндометриомы УЗ-характеристиками), во-вторых — свободной жидкости (небольших порций крови) за пределами **Я**, как правило, не определяет-

* То же самое относится и к двух- или трехкамерным серозным цистаденомам или кистозным тератомам, так как составляющие их полости почти всегда сообщаются друг с другом и при разрыве опорожняются синхронно. Исключением является муцинозная цистаденома, «дочерние» камеры которой сохраняются даже после перфорации общей оболочки жидкостного **О**.

* Реже наблюдается постепенный регресс фолликулярно-ановуляторной полости.

ся. Чаще всего данное осложнение протекает «под маской» обострения аднексита и верифицируется на операции. Однако некоторые нюансы клинической картины в сочетании с фактом УЗ-визуализации эндометриоидной кисты иногда позволяют заподозрить микроперфорацию: необычно сильные боли во время последней менструации, после ее окончания боли не проходят и даже не уменьшаются (могут усиливаться), противовоспалительное лечение малоэффективно.

Нарушение «питания» фибромиомы М

Наблюдается преимущественно в субсерозных и, реже, интрамурально-субсерозных ФМ-узлах и развивается в результате локального, на уровне собственно узла, расстройства кровоснабжения вследствие сосудистого спазма (тромбоза) или перекрута (перегиба, растяжения) ножки опухоли.

Перекрут ножки субсерозной фибромиомы встречается очень редко. В первую очередь потому, что в подавляющем большинстве случаев узлы связаны с М широким основанием и лишь изредка имеют тонкую и подвижную, а значит — подверженную перекручиванию, ножку.

Чаще всего отмечается более или менее стойкий спазм нодулярных сосудов с нарушением венозного оттока, что приводит к диффузному отеку фибромиомы. Это сопровождается появлением умеренных по интенсивности (реже сильных), но постоянных болевых ощущений. Данное состояние (отек ФМ-узла), как правило, обратимо и купируется под влиянием консервативной терапии, а иногда даже проходит самостоятельно. Если же сосудистый спазм пролонгируется или нарастает, или с самого начала был резко выражен, то возникает тромбоз. Тогда на фоне отека может развиваться некроз с размягчением и расплавлением ткани узла и существенным усилением болей.

Острый некроз встречается не более чем в 8–13% наблюдений клинически манифестируемых трофических нарушений и возникает либо в период беременности, либо при несвоевременной диагностике перекрута ножки.

Наиболее типичен отек субсерозной фибромиомы. Установлено, что у молодых женщин данное осложнение в 57–72% случаев возникает на фоне аденомиоза, для которого свойственны выбросы в регионарный кровоток М повышенных доз вазопрессина.

Основной эхографический симптом рассматриваемой патологии — феномен избыточной гидратации исходящего из М мягкотканного О, заключающийся в регистрации необычно низкой эхоплотности ФМ-узла. Это вызвано перенасыщением ткани опухоли отечной жидкостью в условиях венозного застоя, вызванного сосудистым спазмом. Зачастую степень понижения общей интенсивности изображения узла настолько велика, что его изображение можно расценивать как эхонегативный мягкотканый объект, отличающийся от кисты интимной связью с М, несколько менее четким контуром и слабо выраженным эффектом дорсального усиления. Параллельно с симптомом резко пониженной плотности определяется уменьшение степени неоднородности строения опухоли, когда структура фибромиомы приближается к гомогенной. Постоянным УЗ-признаком наруше-

ния «питания» ФМ-узла является сильная болезненность во время локальной компрессии его ТВ-датчиком.

Разумеется, все перечисленные выше эхопризнаки имеют клиническое значение только при наличии субъективной симптоматики — внезапно или постепенно развившихся тазовых болей.

На этом стоит завершить изрядно затянувшееся обсуждение негравидарных клинических ситуаций, протекающих с ациклическими тазовыми болями (иногда в сочетании с кровянистыми выделениями) и без предшествующей менструальной задержки. И все же, такое отступление было совершенно необходимо, поскольку одной из причин указанных жалоб может быть нарушение атипичной формы эктопической беременности, занимающей по частоте пятое место после воспалительных заболеваний, овуляторных расстройств, спаек (в том числе и эндометриоидно-спаечных изменений), кист и опухолей Я. Отсюда вывод: при выполнении экосканирования по поводу болевого синдрома, развившегося у молодой женщины в «межменструальный» период (особенно, если боли протекают на фоне ациклической метроррагии), врач-УЗИ имеет все основания для того, чтобы учитывать «фактор атипичной формы ВМБ» в качестве альтернативной диагностической гипотезы.

Диагностический алгоритм, используемый для разрешения рассматриваемой задачи, изложен в предыдущих главах. Он прост, но эффективен и включает выполнение комплекса следующих взаимодополняющих действий.

- ❑ Направленный УЗ-поиск прямых симптомов трубной имплантации, а также — изучение «отлогах» отделов м/таза на предмет обнаружения там свободной жидкости.
- ❑ Уточнение наличия или отсутствия косвенных эхопризнаков гравидарного состояния, осуществляемое путем углубленной оценки состояния Э и сосудистого русла М и параметральных областей.
- ❑ В случае визуализации за пределами М патологического объекта (жидкостного, мягкотканно-жидкостного, мягкотканного) — выяснение его топографии (исходит ли О из Я или является параовариальным? А может быть это субсерозный узел на ножке?) и проведение нозологической дифференциации.
- ❑ При выявлении в полости м/таза свободной жидкости — определение функциональных параметров Э и Я и сопоставление их с «циклической хронологией», что очень важно для распознавания овуляторных расстройств.
- ❑ Во всех сомнительных наблюдениях применяется тестирование на ХГ и, непременно, организация УЗИ в динамике.

* * *

Как следует из опыта работы многих УЗ-кабинетов, при атипичной форме ВМБ (независимо от того, осмотрена пациентка до УЗИ гинекологом или нет) осуществляющий исследование эхолог, как правило, не имеет никаких более или менее убедительных сведений о вполне вероятном гравидарном генезе предъявляемых

жалоб*. В этом — главный источник диагностических затруднений, так как отсутствие явных симптомов беременности (и в первую очередь — задержки месячных) изначально лишает исследователя правильной диагностической концепции, прямо или косвенно указывающей на возможность трубной имплантации. В результате в большинстве наблюдений атипичной формы ВМБ процесс эхолокации исходно оказывается лишенным своего главного «оружия» — конкретной направленности на обнаружение и идентификацию эмбрионального или эмбрионально-геморрагического объекта за пределами М. Следовательно, в изучаемой клинической ситуации, когда субъективная симптоматика и данные гинекологического осмотра неспецифичны, а не менее 50–60% больных обращаются на УЗИ без предварительной консультации гинеколога, именно эходиагност становится главным фигурантом в выборе той концепции исследования, которая, исходя из требований обязательной «ВМБ-настороженности», позволит ему квалифицированно разобраться в состоянии пациентки. А точнее — на практике реализуя высокую разрешающую способность целенаправленного эхографического поиска (как основного звена всего диагностического алгоритма) и широко используя доступность оперативного тестирования мочи на ХГ — если не сразу установить окончательный и верный диагноз, то выработать оптимальную тактику дальнейших действий для всех участников диагностического процесса.

П., 23 года. Консультация участкового гинеколога в связи с появлением незначительных ноющих болей внизу живота (без четкой локализации), которые развились через 6 дней после окончания последних месячных (наступили в срок, не отличались от предыдущей менструации) и беспокоят пациентку в течение 2 суток. При вагинальном осмотре патологии не обнаружено.

В процессе трансабдоминального сканирования с наполненным МП — М и левый Я не изменены, в правом Я определяется тонкостенная полость, по своим размерам (15 мм в Ø) и строению соответствующая доминантному фолликулу (12-й день цикла); патологических параовариальных О не обнаружено, свободной жидкости нет.



Рис. 40 (1, 2). Прогрессирующая трубная беременность. Атипичная (без менструальной задержки) форма заболевания, своевременно распознанная благодаря правильным действиям врача-УЗИ.

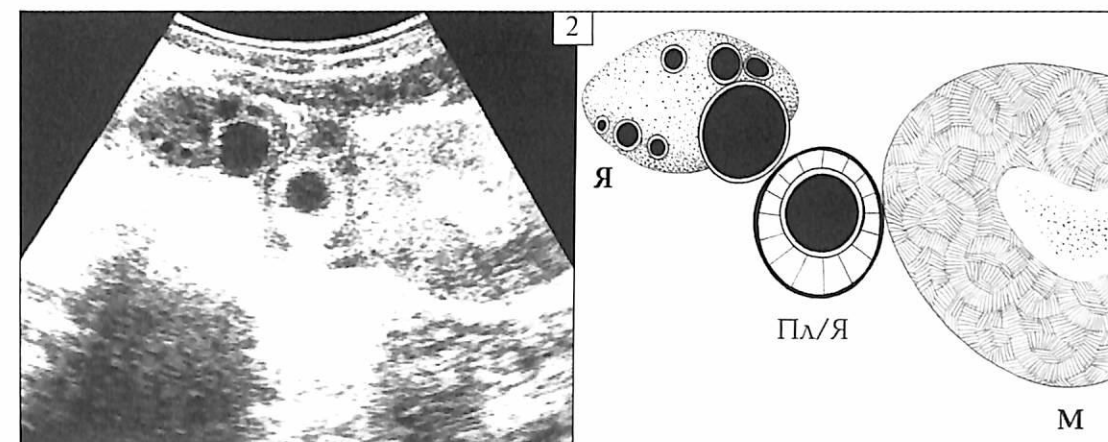
1. Оценка состояния полости М показала необычно большую для 12-го дня цикла толщину Э (14–15 мм) и не совсем типичное его строение, напоминающее децидуальную оболочку. Указанный факт в сочетании с жалобами на тазовые боли, а также то, что (как выяснилось после дополнительных заданных вопросов) П. предохраняется от нежелательного зачатия с помощью ненадежных методов (календарный способ и в «опасные дни» — презерва-

* Боли внизу живота, реже — боли в сочетании с кровянистыми выделениями, очень редко — только ациклическая метроррагия.

тивы»), позволил заподозрить возможность атипично протекающей беременности. При таком допущении функциональная полость в правом Я могла расцениваться не как доминантный фолликул, а как киста ЖТ.

Решено продолжить исследование в ТВ-исполнении, но... после предварительного тестирования мочи на ХГ. Предложение сделать гравитест вызвало у женщины вполне понятное удивление. Однако настоятельная рекомендация эходиагноста была выполнена — тест на беременность ⊕.

ТВ-УЗИ подтвердило первоначальное впечатление о состоянии Э — избыточно выраженная, гравидарно-децидуальная слизистая, без Пл/Я. Кроме того, при смещении датчика кзади от правого Я было замечено дополнительное мягкотканно-жидкостное О правильной округлой формы, крайне подозрительное на внематочную эмбриональную камеру. Однако изображение его было весьма неотчетливым, неустойчивым — оно постоянно «ускользало» из поля зрения эхолога. Основываясь на столь неубедительных (для самого исследователя) данных, представлялось невозможным однозначно и уверенно идентифицировать этот объект как эктопическое Пл/Я, поэтому решено: в УЗ-протоколе высказать подозрение на правостороннюю трубную беременность, а для уточнения рекомендовать УЗ-контроль через 2–3 дня, а также дополнительное тестирование на ХГ и повторный гинекологический осмотр. Вместе с тем, по окончании ТВ-УЗИ была сделана еще одна попытка верифицировать патологический процесс — с помощью трансабдоминальной эхолокации в условиях декомпрессии МП (после полного опорожнения).



2. Этот прием, осуществленный при локальном сдавлении конвексным УЗ-датчиком передней брюшной стенки над правым Я, оказался эффективным и позволил достоверно визуализировать параовариальное О — в пространстве между правым Я (с кистой ЖТ) и М, почти вплотную к ним, имеется типичное эктопическое Пл/Я = 4 НБ.

Заключение: прогрессирующая трубная беременность, справа.

Лапароскопическое подтверждение диагноза.

Наблюдение П. позволяет еще раз привлечь внимание к тому, что в УЗ-диагностике не бывает «мелочей». Любая обнаруженная при сканировании необычная или непонятная деталь эхокартины должна быть не только отражена в УЗ-протоколе, но и по возможности разъяснена самим эходиагностом с помощью доступных ему средств: дифференциального анализа на базе клинко-эхографических и физиологических (циклических) параллелей, использования дополнительных способов эхолокации, изучения результатов других диагностических методов. В первую очередь речь идет об оценке слизистой М. В случае П. обра-

щает на себя внимание полное несоответствие состояния Э тому, что следовало бы ожидать в средней стадии I фазы цикла. Так, на 12-й день цикла (время выполнения УЗИ*) в полости М обычно лоцируется четко очерченный пролиферативный Э, характерного трехслойного строения, толщина которого составляет 6–8 мм. В действительности же (рис. 40.1) объем Э (14–15 мм) почти в 2 раза превышал норму, а структура его никак не «вписывалась» в циклическую хронологию. Напротив, большой объем, хорошо развитый кортикальный слой, окружающий неоднородную губчатую ткань, и нечеткость контуров Э позволили думать о децидуально-гравидарном его характере. Исходя из этого предположения, функциональную полость в одном из Я следовало верифицировать не как доминантный фолликул, а уже в качестве кисты ЖТ-беременности**. Таким вот образом непредвзятый, но скрупулезный и объективный анализ состояния содержимого полости М стал поворотным моментом исследования — ключом к своевременному распознаванию атипичной формы ВМБ.

Настоящий пример из практики можно расценивать как подтверждение известного в истории медицины, в общем-то спорного мнения о том, что клинических загадок, как таковых, не существует, поскольку всякая непонятная, на первый взгляд, диагностическая задача изначально содержит в себе элементы правильного решения. А разночтения и ошибки при постановке диагноза возникают лишь из-за того, что человеческий разум иногда отказывается принимать очевидное за данность.

И., 26 лет. В середине менструального цикла неожиданно появились умеренно выраженные схваткообразные боли в правой подвздошной области. Осмотрена хирургом, который исключил аппендицит и рекомендовал консультацию гинеколога. Боли прошли самостоятельно, но на следующий день возобновились в виде постоянных тянущих болевых ощущений, продолжающихся в течение 3 дней. В связи с этим И. обратилась в одну из частных гинекологических «клиник», где при ТВ-УЗИ патологии не выявлено, а болевой синдром объяснен как эпизод болезненной овуляции. Под влиянием назначенного лечения боли на некоторое время прекратились, но потом возникли опять. Через неделю от начала заболевания, и через 2 дня после первичного УЗИ, И. обратилась в ЖК. Осмотр на 20–21-й день цикла. Последняя менструация — без задержки, обычных качеств. Вагинальное исследование показало «болезненность правых придатков». Диагностировано «обострение правостороннего аднексита». Перед началом противовоспалительного лечения предложено, несмотря на представленный женщиной протокол недавно выполненного УЗИ, повторное эхосканирование.

М и левый Я не изменены. Э: 12 мм, высокой плотности, но с зоной «просветления» в центре, контуры несколько «размытые». В правом Я — тонкостенная полость, 11–12 мм в Ø. Одновременно с этим, отдельно от правого Я, обнаружено параовариальное О неоднородного строения, болезненное при тракциях ТВ-датчиком. *Получить более достоверную информацию и точно идентифицировать указанный объект не удалось, так как он все время перекрывался резко раздутыми петлями К, содержащими большое количество грубых фекальных масс (из*

дополнительных расспросов выяснено, что в течение последних 4 дней И. отмечает вздутие нижних отделов живота и затруднение дефекации). Свободной жидкости в полости м/таза нет. Отмечено расширение параметральных вен с двух сторон.

Перечисленные УЗ-находки вызвали множество сомнений и вопросов, так как позволяли заподозрить... ВМБ, справа. В пользу этого свидетельствовали: наличие неотчетливо лоцируемого, болезненного патологического параовариального О; необычно большой объем Э и некоторые структуральные его особенности, свойственные децидуальной трансформации; гиперемия сосудов; стойкий болевой синдром; явления пареза кишечника (что в 30–40% случаев встречается при ампулярно-трубной имплантации). Однако в определенной степени указанные клинко-эхографические симптомы могли быть обусловлены сальпингитом, протекающим на фоне ановуляции. Для уточнения диагноза решено: 1) повторить УЗИ — в тот же день, но с помощью более опытного коллеги, начинающего работу во вторую смену; 2) за это время выполнить тестирование мочи на ХГ.

Последнее предложение вызвало у пациентки довольно бурную негативную реакцию. Она утверждала, что зачатие невозможно («это какой-то абсурд!»), поскольку не было менструальной задержки, и поэтому проведение ХГ-тестирования считала «ненужной тратой денег». Тогда пришлось «открытым текстом» высказать возникшее подозрение о возможности трубной беременности и пр.

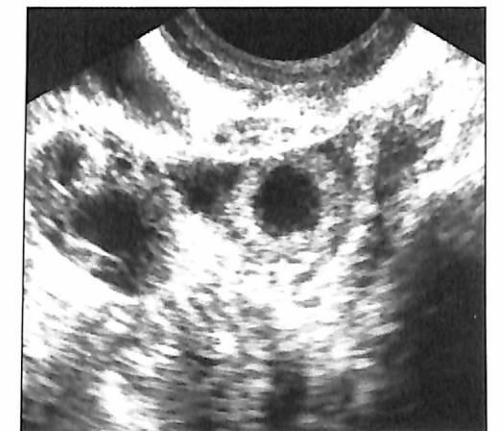
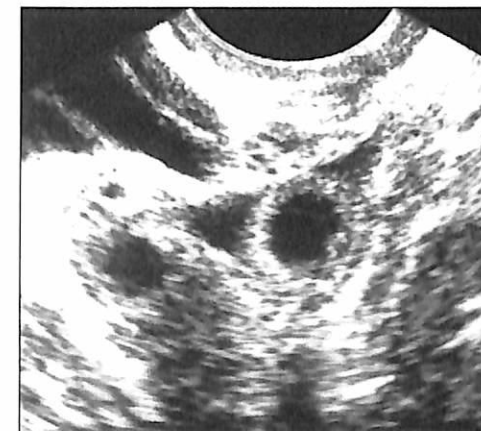
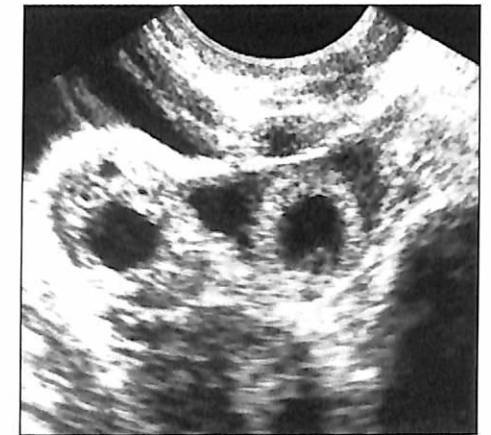
Ответ грави-теста ⊕.

Через час произведено контрольное исследование.

Рис. 41. Типичная эхокартина нарушенной трубной беременности (околозародышевая гематома I стадии, 4-5 НБ — начальная стадия трубного аборта) при атипичном варианте ее клинического течения.

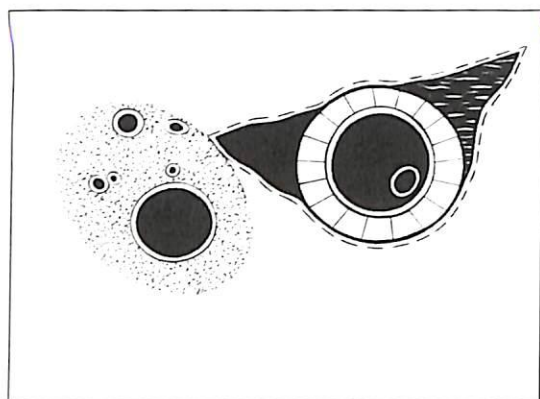
Представлена серия эхограмм, показывающих разные ракурсы правого Я (с небольшой кистой ЖТ) и просвета беременной МТр.

Справа от М, рядом с медиальным краем Я, но отдельно от него — эктопическое Пл/Я (4-5 НБ, в амнионе определяется кольцевидное изображение желточного мешка), в области правой и левой стенок которого видны небольшие интратубарные (ретрохориальные) скопления крови.



* Исходя из предпосылки, что последние кровянистые выделения были истинной менструацией.

** Что, кстати, позволило наметить зону максимального диагностического интереса (справа от М) при последующем направленном поиске прямых симптомов трубной имплантации.



Заключение: правосторонняя трубная беременность. Начальный этап трубного аборта, без УЗ-признаков кровотечения в полость м/таза.

Госпитализация → подтверждение диагноза в процессе дополнительного эхографического и биохимического исследования → операция.

Изучая историю заболевания И., невозможно отказаться от констатации того, что само по себе применение технических средств большой разрешающей способности (ТВ-УЗИ) отнюдь не обеспечивает точности диагностиче-

ского процесса. Речь идет об ошибке, допущенной при первичном эхосканировании, когда патологических изменений в полости м/таза выявлено не было. В то же время на первом этапе повторного УЗИ зарегистрирован целый ряд противоречивых, «не стыкующихся» между собой явлений, не замеченных при первоначальном исследовании в другом учреждении*. По отдельности эти детали безобидны, но в совокупности создавали гнетущую атмосферу неопределенности и беспокойства. И только комплексный анализ клинических и эхографических данных, выполненный с учетом клинических особенностей и принципа «ВМБ-настороженности», позволил эхологу усомниться в адекватности предлагаемых ранее диагностических гипотез (овуляторное расстройство, сальпингит) и рассмотреть альтернативный — гравидарный вариант концепции исследования, предполагающий возможность атипично протекающей эктопической беременности... что, кстати, полностью подтвердилось в дальнейшем.

Представленное наблюдение из повседневной работы врача-УЗИ наглядно показывает, что почти на каждую, даже, на первый взгляд, самую нелепую и иррациональную диагностическую «загадку» может отыскаться специалист, который сумеет ее разрешить. Способ один — создание и анализ новых клинических реальностей, которые, уничтожая или, напротив, дополняя друг друга, будут последовательно (или непоследовательно) сменяться, пока наконец не утвердится единственная и, стало быть, наиболее приближающаяся к истине реальность. Применительно к деятельности эходиагноста она обозначается как концепция исследования или, иначе говоря, диагностическая гипотеза — плод методичного УЗ-поиска, размышлений и сопоставлений, сплав логики и опыта, фактов и интуиции**. А точнее — наиболее перспективная «версия» диагноза, представляющая

* В сущности, это довольно серьезный упрек качеству первичного обследования, так как трудно представить, чтобы за 2 дня (между двумя ТВ-УЗИ) произошли какие-либо радикальные перемены.

** «Личный опыт и выработанная долгими годами практики интуиция не программируется».

Но что такое интуиция? Многие современные ученые убеждены, что это такая же вполне реальная физическая категория, как, например, электромагнитное поле... А все-таки, скорее всего, это индивидуальное человеческое качество, позволяющее, благодаря личному опыту, делать оптимальный выбор почти автоматически.

собой не что иное, как обоснованную доказательствами, или даже только профессиональной интуицией, догадку исследователя об этиопатогенетических связях различных (или хотя бы отдельных) проявлений «расследуемой» клинической задачи.

И еще один аспект заслуживает акцентации. Как видно из приведенных примеров (больные П., И.), в обоих случаях диагностический успех был достигнут благодаря творческому подходу врача-УЗИ к собственно процессу эхолокации. Так, у П. достоверная визуализация и идентификация патологического очага в МТР стала доступной при использовании элементарного, но часто забываемого способа сканирования — трансабдоминального исследования с пустым МП, которое на завершающем этапе (после ТВ-УЗИ) позволило расставить все точки над «и». У другой больной (И.) тот же эффект был достигнут путем оперативно проведенной практической (на рабочем месте) консультации, когда врач прибегнул к помощи своего более искушенного коллеги. А именно — обратился к нему с просьбой выполнить дополнительное («в Вашем исполнении...») сканирование, чтобы «разобраться со сложной больной». И это дало искомый результат. Причем во многом результативность повторного исследования была обеспечена тем, что проводящий его врач точно знал, *что, где и как* он может и должен обнаружить. При таком благоприятном «раскладе» шансы на успех резко возрастают*.

Если же попытаться быть честным и объективным (в действительности — довольно редкое состояние сознания) по отношению ко всей проблеме в целом, то нужно признать, что творческая, созидательная работа эхолога не терпит бюрократического формализма и административно-командной стандартизации. Зачастую по настоящему гибкий и острый разум исследователя, не ограниченный множеством догм и условностей, легко находит правильное решение в сложной и даже, казалось бы, тупиковой диагностической ситуации.

Ф., 43 года. Продолжительность «истории» заболевания не менее 1,5 месяцев (до настоящего обращения).

Примерно 6 недель тому назад, через 2 недели после окончания «нормальной менструации», развились нерезко выраженные тянущие боли внизу живота, больше слева. Консультация гинеколога — «обострение хронического аднексита». При эхолокации обнаружены «ЖГЭ» и киста («скорее всего — фолликулярная...») в левом Я. Аспират из полости М (гистологически — «материал неинформативен»). В течение 10 дней получала комплексную противовоспалительную терапию. Болевые ощущения уменьшились, но полностью не прошли. А потом появились непостоянные мажущие выделения темного цвета. Госпитализация. УЗИ в стационаре показало те же данные (с теми же выводами), что и при первичном исследовании. Предварительный диагноз — «обострение хронического левостороннего аднексита на фоне НМЦ (ЖГЭ)». Выполнено выскабливание полости М. В течение недели Ф. получила противовоспалительное лечение. Повторное сканирование — «скудный Э, около 3 мм», в остальном данные прежние. Выписана для продолжения лечения и УЗ-контроля в ЖК. Гистологическое исследование — «железистая гиперплазия эндометрия смешанного типа». В течение 2 недель амбулаторно получала физиопроцедуры и терапию гестагенами. На этом фоне пациентку продолжали беспокоить периодически возобновляющиеся боли и кровомазания. УЗИ (в четвертый раз) — без динамики.

* В том случае, когда исключен вариант гипердиагностики!

По совету знакомых Ф. обратилась к рекомендованному ей гинекологу. При гинекологическом осмотре отмечены незначительное увеличение и размягчение М и цианотичный оттенок слизистой ШМ, а также болезненность левых придатков, где определялось «тубоовариальное О». Высказано предположение о трубной беременности. Срочно — УЗИ.

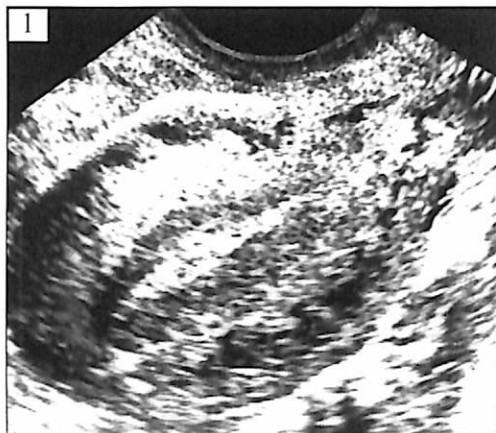
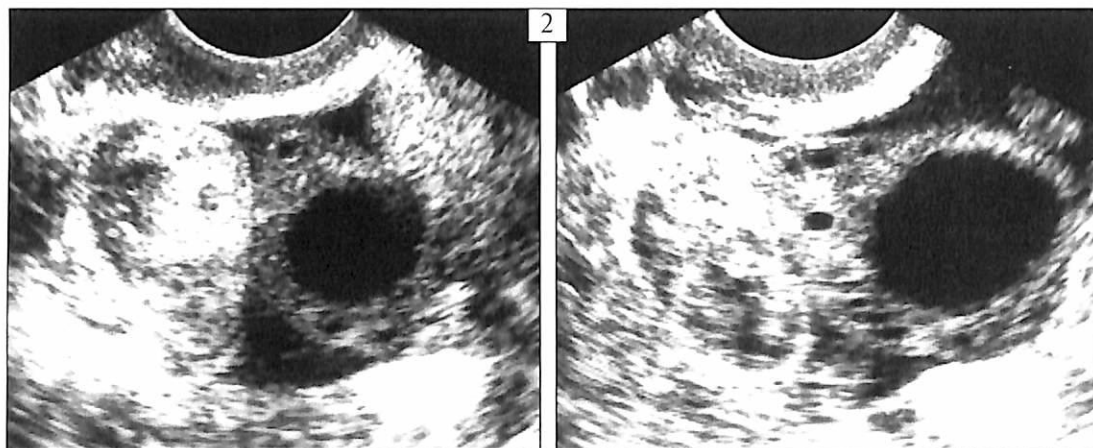


Рис. 42 (1, 2, 3). Трубный аборт — организованная тубарная гематома (без ПЛ/Я) и ограниченный гемопельвиоперитонеум (перитубарная гематома) при хроническом течении атипичной формы эктопической беременности.

1. Размеры М — верхняя граница нормы, ФМ-узлов нет, обращает на себя внимание выраженное усиление сосудистого рисунка миометрия. Полость М расширена до 13 мм, в центре ее — линейный Э, 3–4 мм. Обогащение сосудистого русла М в сочетании с комплексом клинических симптомов (размягчение тела М, цианоз слизистых оболочек) «работали» на гравидарную версию диагноза. Косвенно об этом же свидетельствовали такие «нестыковки» эхокартины, как наличие почти через 3 недели после выскабливания «несократившейся» полости

М и отсутствие явлений репарации Э. При этом данные гистологического исследования полностью отвергали вариант маточной беременности. А может быть все указанные явления вызваны послеоперационным эндометритом? Вряд ли, потому что стойкий характер мажущих темных выделений и болевых ощущений (до и после выскабливания М), а также факт обнаружения (при вагинальном исследовании) «тубоовариального О, слева» позволяли вполне обоснованно заподозрить трубную беременность. Вывод — необходим активный УЗ-поиск прямых симптомов эктопической имплантации... скорее всего, слева, о чем свидетельствовали локализация болей и пальпируемого О и, дополнительно, факт визуализации (по данным предыдущего УЗИ) функциональной полости именно в левом Я.

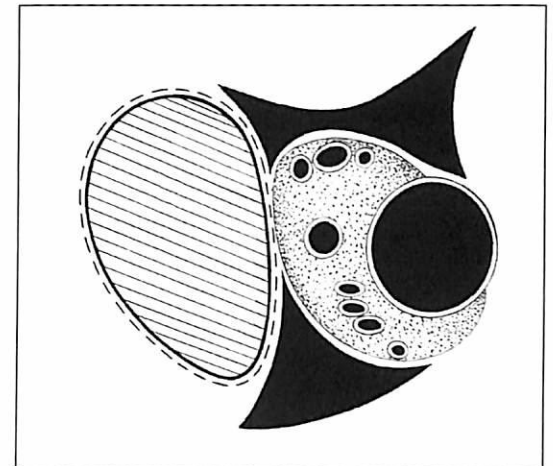


2. В процессе целеустремленной эхолокации в левой параметральной области обнаружены следующие детали: 1) левый Я с кистой ЖТ в нижней части, 28 мм в Ø; 2) рядом с медиальной поверхностью Я имеется инкапсулированное параовариальное О (фактически мягкотканное), заполненное полиморфными эхопозитивными включениями, 36 × 27 мм; 3) в области верхнего и нижнего полюсов Я и около нижнего края патологического объекта — небольшое количество свободной жидкости.

Заключение: нарушенная трубная беременность, слева (организованное геморрагическое скопление в МТр), с нерезко выраженным кровоизлиянием в полость м/таза (небольшая перитубарно-параовариальная гематома).

Мочевой тест на беременность был ⊖, но реакция крови показала ⊕-ответ со значительно пониженной концентрацией ХГ.

На операции: резко расширенная, деформированная и гиперемированная МТр спаяна с кистозно измененным левым Я и, вместе с ним и осумкованной перитубарной гематомой, представляет единый тубоовариальный конгломерат, припаянный к заднебоковой стенке м/таза. После выделения его из спаек — аднексэктомия.



Приведенное наблюдение позволяет еще раз подчеркнуть, что диагноз «ВМБ» — результат коллективной работы гинеколога и эходиагноста, а не является, вопреки все еще распространенному мнению, прерогативой только УЗ-диагностики. Причем ведущая роль в этом «тандеме» принадлежит лечащему врачу. И не только из-за того, что он несет административную ответственность за судьбу пациентки, но и потому, что данные углубленного гинекологического осмотра, особенно при негативных результатах УЗИ, могут стать приоритетным фактором диагностического процесса... и уж наверняка позволят решить основные вопросы тактики ведения больной. И конечно, нельзя забывать, что нередко, и именно при атипичной форме ВМБ, интуитивный профессиональный «рефлекс» опытного гинеколога оказывается надежнее и точнее любой инструментальной методики.

Случай Ф. является довольно показательным примером неэффективности УЗ-распознавания эктопической беременности без выполнения направленного эхографического поиска симптомов трубной имплантации*. В самом деле, за 1,5 месяца было сделано четыре исследования в трех разных учреждениях — без результата. Вот подходящий повод еще раз напомнить о целесообразности постоянной ВМБ-настороженности в процессе всех так называемых гинекологических УЗ-обследований женщин чадородного возраста (и перименопаузального периода жизни тоже), особенности контрацепции которых не исключают вероятности зачатия.

Необходимо отметить, что представленные выше три наблюдения успешной и ранней (до появления симптомов выраженного внутреннего кровотечения) диагностики атипичной формы трубной беременности с уверенностью можно отнести к разряду очень редких, но ярких диагностических побед. К сожалению, они являются исключениями из общей закономерности. В подавляющем большинстве случаев такие больные наблюдаются и лечатся «под маской» воспалительных заболеваний придатков М (иногда в сочетании с НМЦ),

* Продиктованного выбором соответствующей концепции исследования.

и даже экстрагенитальной патологии. Как правило, верификация эктопической имплантации при атипичном варианте заболевания (без менструальной задержки) происходит во время хирургического вмешательства в связи с неизбежным прерыванием трубной беременности и, реже, вследствие неэффективности проводимых лечебных мероприятий. У других больных, с первично острым течением ВМБ, операция осуществляется сразу по экстренным показаниям — из-за внезапно развившейся картины массивного или обильного кровотечения в полость м/таза.

М., 37 лет. Внезапно, на фоне общего благополучия (дома), возникли сильные боли в пояснице и нижних отделах живота, иррадиирующие в левое подреберье. Приступ продолжался в течение 25–30 мин, потом боли несколько утихли, но полностью не прошли. Осмотревший пациентку семейный врач диагностировал почечную колику (в анамнезе — мочекаменная болезнь). В тот же день организованы: консультация уролога, УЗИ почек, клинический анализ мочи. Предварительный диагноз («почечная колика») поставлен под сомнение, высказано предположение об «острой» гинекологической патологии. С учетом нарастающей слабости и непрекращающихся болевых приступов, которые периодически возобновлялись (но с меньшей интенсивностью, чем первый), рекомендовано обследование и наблюдение в гинекологическом стационаре.

УЗИ перед госпитализацией.

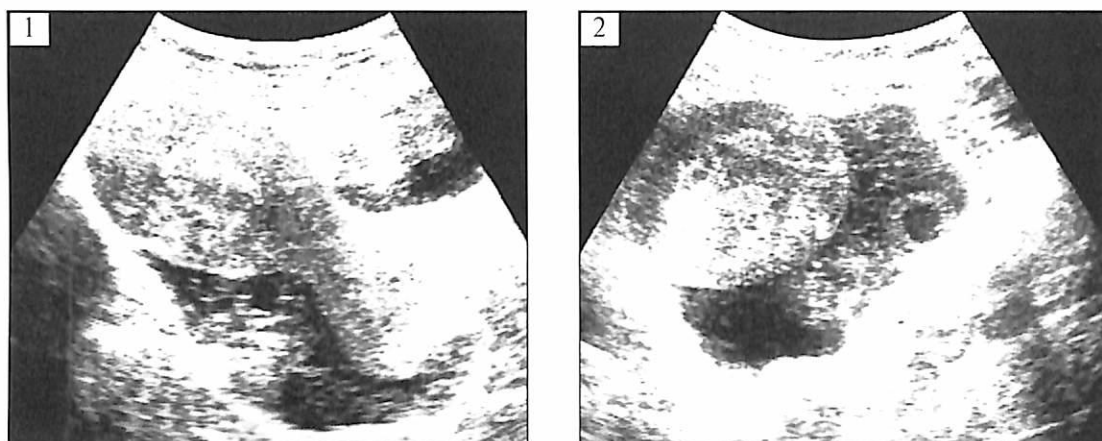


Рис. 43 (1, 2). Обширный гемоперитонеум при остро прервавшейся атипичной форме ВМБ.

1 — продольный экосрез М и позадиматочного пространства; 2 — поперечный экосрез М и левой половины м/таза.

Позади М и ШМ с переходом в левую параметральную область определяется значительное количество свободной жидкости с множественными взвешенными в ней эхопозитивными элементами — кровь со сгустками.

Лапаротомия: массивное кровотечение (1,7 л) в полость м/таза, развившееся в результате полного трубного аборта, слева.

Ретроспективная оценка эхограмм (рис. 43.2) позволяет заметить эвакуированное из МТр эктопическое Пл/Я, располагающееся (на фоне сгустков крови) в латеральной части верхнего отдела гемопельвиоперитонеума.

ГИПЕРДИАГНОСТИКА

трубной беременности наблюдается значительно реже, чем гиподиагностика. С одной стороны, случаи неверного установления факта эктопической имплантации (там, где ее нет) связаны, конечно же, с объективными трудностями распознавания этой сложной и «коварной» патологии. Не секрет, что экосемиотика эктопического Пл/Я при прогрессирующей ВМБ (или на начальном этапе ее прерывания) имеет большое сходство с желтым телом Я и, в меньшей степени, с параовариальной кистой или небольшим гидросальпингсом; а эмбрионально-геморрагическое параовариальное О при трубном аборте — с экссудативно-геморрагическим сальпингитом, тубарным абсцессом и, реже, с абсцессом Я. С другой стороны, ошибки подобного рода обусловлены действием многих субъективных факторов. Людям свойственно обобщать и преувеличивать и, следовательно, иногда заблуждаться или, скажем так, неадекватно воспринимать реальность. Как известно, наши представления, построенные на анализе личных (субъективных) визуальных ощущений, и действительное положение дел — не всегда тождественны; поэтому опасность гипердиагностики перманентно присутствует на всех этапах УЗ-распознавания эктопической беременности.

Статистические сведения об удельном весе гипердиагностики ВМБ скудны и разрозненны и в большинстве своем не отражают истинной картины. В самом деле, кому интересно «копаться» в собственных ошибках и упущениях. Но, несмотря на это, определенная более или менее объективная информация все же «просачивается» в некоторые официальные издания, а главное — накапливается в сознании лиц, непосредственно занятых в диагностическом процессе, и уже воспринимается ими как данность. Так, по материалам М. Уилсон (М., 2002), в Англии «у каждой пятой женщины, оперированной с подозрением на внематочную беременность, при лапароскопии никакой патологии не выявляется». Примерно то же самое подтверждают и наши немецкие коллеги, которые, при беспристрастном обмене мнениями (в личной беседе с автором) отмечают, что число неоправданных лапароскопических вмешательств (по поводу установленной до операции, но несуществующей трубной имплантации) составляет от 30 до 45% от всех лапароскопий, выполненных с предоперационным диагнозом «ВМБ».

На первый взгляд, такая неадекватно высокая хирургическая активность не вызывает особой тревоги, поскольку лапароскопия — без сомнения, щадящая, почти атравматическая методика, обычно не вызывающая осложнений и реализуемая (от поступления в стационар до выписки) за короткий временной промежуток. Однако при этом почти всегда как-то упускается из вида морально-психологический аспект...

В то же время телесная целостность — одна из самых больших человеческих ценностей, существующих на уровне подсознания. Это заложено в каждом из нас от природы (или от Бога, в которого если и не веришь, то хотя бы неосознанно уважаешь) и действует постоянно, в виде генетической охраняющей программы, функционирующей надежно и самостоятельно, независимо от нашего желания, обстоятельств и воли других людей. Даже небольшой порез, а тем более полостная хирургическая операция — суть нарушение целостности тела, наносящее человеку психическую

травму, которую он может не осознавать, не чувствовать... И одно дело, если это происходит в результате несчастного случая, и совсем другое — когда повреждение наносится намеренно... пусть и с благими целями.

В России «показатель гипердиагностики» трубной беременности не превышает 8–10%. Такое сравнительно благоприятное положение детерминировано многими уже упомянутыми в предыдущих разделах факторами. В том числе и столь важными моментами, как: 1) не только хорошей базовой подготовкой и опытностью врачей амбулаторного звена (гинекологов, экологов), но и высокой степенью их профессионального самосознания; или, иначе говоря, сочетанием профессионализма с заботой о благе больной, одухотворенными постоянным ощущением личной ответственности за проделанную работу; 2) наличием эффективно функционирующей службы гинекологической эндокринологии; 3) преимуществом диагностического процесса, когда сформулированное на доклиническом этапе представление о больной подвергается дополнительной объективной проверке в стационаре.

Почти все вопросы, связанные с эхографической гипердиагностикой ВМБ, уже рассмотрены в главе III. И все же, с учетом серьезности и актуальности изучаемого явления, целесообразно суммировать и частично продублировать эти сведения — в виде отдельных, наиболее типичных симптомокомплексов, допускающих дуалистичную трактовку и поэтому чреватых диагностическими ошибками.

Мягкотканно-жидкостное желтое тело беременности при эконегативной форме маточной имплантации — самый частый вариант гипердиагностики эктопической беременности в фазе ее прогрессирующего развития. Суть диагностической ошибки заключается в том, что нормальный для периода БРС овариальный объект — кистозно-солидное ЖТ верифицируется в качестве патологического параовариального О — эктопического Пл/Я.

Условия исследовательской задачи известны. Они таковы, что налицо все косвенные признаки наступившей беременности — задержка месячных (как правило, в пределах 10–15 дней), положительный тест на ХГ, избыточно выраженный Э с признаками децидуализации и пр., — но Пл/Я в полости М не определяется*. А за пределами М, рядом с одним из Я (вплотную к нему), лоцируется жидкостное О с равномерно или неравномерно утолщенными стенками. Это мягкотканно-жидкостное (кистозно-солидное) ЖТ-беременности, которое в ряде случаев по своим размерам и строению имеет очень большое сходство с внематочной эмбриональной камерой (до 5 НБ). При этом прецедент для диагностической ошибки возникает, только если ЖТ локализуется в краевом отделе Я и большей своей частью выходит за контуры последнего → создается ложное впечатление о параовариальной топографии замеченного во время эхолокации объекта. Оно усугубляется еще и тем, что на границе ЖТ и мозгового вещества Я обычно имеется узкая зона пониженной плотности. В указанной ситуации эта пограничная зона имитирует небольшой промежуток — «зазор» между эктопиче-

ским Пл/Я и овариальным краем, — который выявляется во всех случаях, когда имплантированное в МТр Пл/Я располагается в непосредственной близости к Я.

При конвергенции всех перечисленных выше факторов вероятность неправильной трактовки эхокартины очень велика. Причем нередко в «область артефакта» попадают не только врачи с ограниченным стажем работы в сфере репродукции, но и весьма опытные специалисты.

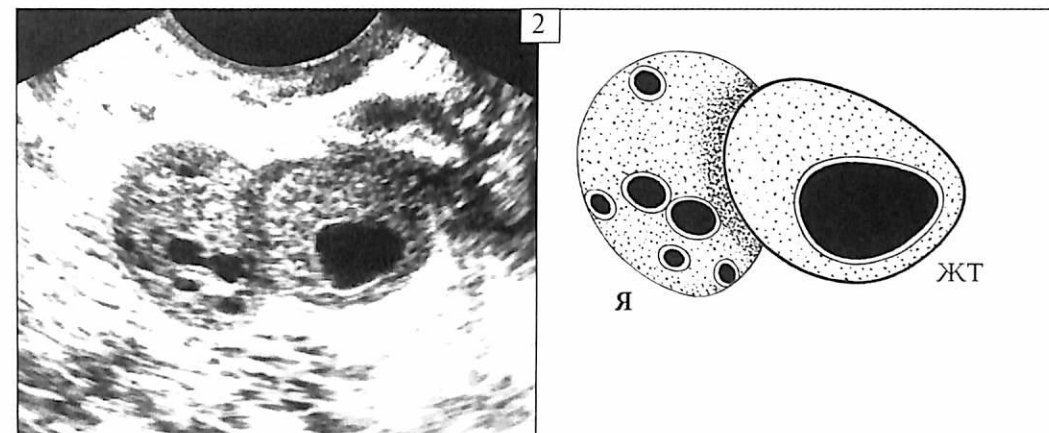
А., 24 лет. Обращение на УЗИ перед медикаментозным прерыванием нежелательной беременности. Задержка 10 дней, тест на ХГ ⊕. Жалоб нет.

Рис. 44. Диагностическая ошибка. Мягкотканно-жидкостное ЖТ-беременности, неверно расцененное (в эконегативный период маточной имплантации) как эктопическое Пл/Я (прогрессирующая ВМБ).

1. В полости М определяется децидуальный Э 13–14 мм, Пл/Я нет.

2. Рядом с медиальным краем правого Я обнаружено параовариальное О (24 × 16 мм), расцененное как эктопическое Пл/Я — овальная полость (12 × 7 мм, содержит однородную жидкость) с неравномерно утолщенными от 3 до 7 мм стенками.

Заключение: прогрессирующая трубная беременность, справа, 4 НБ.



Лапароскопия: МТр не изменены, в правом Я крупное ЖТ. При гистологическом исследовании обильного соскоба из полости М — элементы Пл/Я и децидуальная ткань.

Необходимо подчеркнуть, что существенным моментом, predisposing или непосредственно приводящим к гипердиагностике трубной беременности, является... повышенная «ВМБ-настороженность». Можно сказать и так: в большинстве случаев ложноположительные результаты УЗИ, когда ЖТ-беременности расценивается как эктопическое Пл/Я, относятся к издержкам ВМБ-настороженности. Действительно, опасения «пропустить» эктопическую имплантацию — допустить диагностическую ошибку, которая впоследствии, скорее всего,

* Из-за очень раннего обращения пациентки на УЗИ (менструальная задержка менее 7–8 дней) или вследствие поздней УЗ-манифестации физиологической БРС.

«обернется» против самого же исследователя, заставляют эхodiагноста быть чрезмерно подозрительным и пристрастным. В таком состоянии УЗ-датчик в руках неискушенного эхолога, или наоборот — чересчур уверенного в себе и потому закомплексованного на самодостаточности врача, нередко превращается в инструмент гипердиагностики. Особенно, если эхонегативный период маточной БРС протекает с явлениями УВ (боли, кровянистые выделения), которые при отсутствии УЗ-изображения Пл/Я в М вызывают вполне оправданные мысли о трубной nidации.

Д., 34 года. Задержка 6 дней, два грави-теста ⊕. В сохранении беременности заинтересована. Направлена на УЗИ участковым гинекологом, к которому женщина обратилась в связи с эпизодически возникающими кровянистыми выделениями и нерезко выраженными болями тянущего характера.

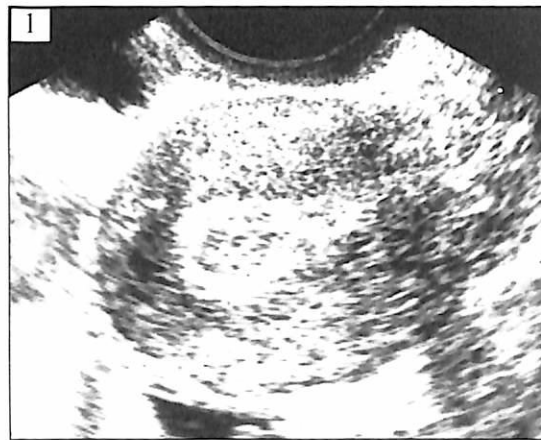
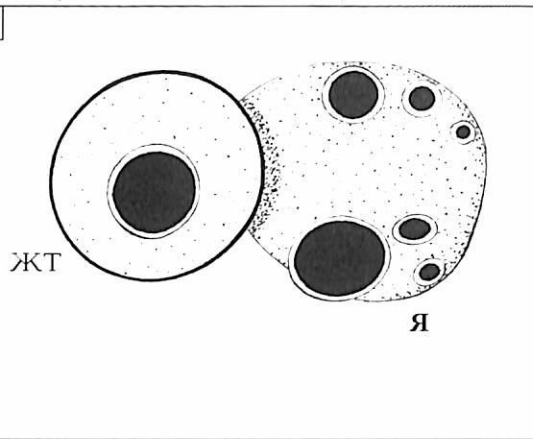


Рис. 45 (1, 2). Аналогичное (рис. 44) наблюдение.

1. Полость М. Э = 12 мм, строение — плотный компактный слой по периферии и неоднородная губчатая ткань в центре; контуры несколько нечеткие, без «ободка отторжения» на границе с миометрием.

2. В области латеральной поверхности правого Я выявляется мягкотканно-жидкостное О, 14–15 мм в Ø, представленное округлой камерой (6 мм в Ø), окруженной утолщенными до 4–6 мм стенками. Объект располагается за пределами Я, а между ним и овариальным краем прослеживался узкий (2–3 мм) промежуток. Принято решение о параовариальной локализации О, которое по своим УЗ-параметрам соответствовало Пл/Я в 3 НБ.



Заключение: эходанные, крайне подозрительные на ненарушенную ВМБ.

УЗИ в стационаре — без динамики, представление остается прежним, однако от операции решено временно воздержаться, так как анализ крови на ХГ показал нормальную для БРС 3–4 НБ концентрацию ХГ. Кроме того, при тестировании в динамике отмечено адекватное физиологической имплантации нарастание уровня ХГ. А через 3 дня после госпитализации (УЗИ ежедневно) в полости М было выявлено Пл/Я. Установлена прогрессирующая маточная

беременность. Причем отсутствие динамики эхокартины «параовариального О» позволило исключить вариант гетеротопической беременности (одновременно в М и вне М) и идентифицировать его как кистозно-солидное ЖТ Я.

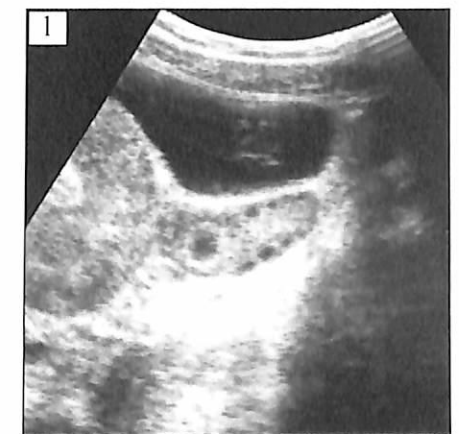
Несомненно, что главным вектором дифференциальной диагностики между кистозно-солидным ЖТ-беременности и эктопическим Пл/Я является, с учетом высокой степени сходства их УЗ-проявлений, грамотное определение топографии объекта — исходит ли обнаруженное О из Я (ЖТ-беременности) или располагается отдельно от него (эктопическое Пл/Я). Правильное решение этой, на первый взгляд, простой задачи детерминирует адекватную идентификацию объекта*. Однако в реальной клинической работе, когда результаты эхолокации противоречивы и поэтому исследователя начинают терзать сомнения и опасения, а возможности оперативной консультации нет, сделать верный диагностический выбор в ряде случаев бывает очень трудно, а иногда — невозможно. К тому же нельзя забывать, что оценка эхографического изображения субъективна... всегда неизбежно субъективна. В совокупности это ведет к тому, что, попав в подобную «визуально-логическую ловушку», зрительный анализатор исследователя, вследствие недостатка однозначной объективной информации и в силу быстро накапливающейся усталости, «достраивает» ожидаемую эхокартину работой воображения → появляется ложный оптико-акустический образ (фантом). При этом для диагноста зачастую становится (пусть даже подсознательно) важной уже не сама истина, а лишь ее субъективное толкование в соответствии с ситуацией. И тогда мы можем видеть не то, что существует в действительности, а то, что мы хотим увидеть.

Для предотвращения таких заблуждений полезно заранее, изначально сомневаться во всех собственных ощущениях от увиденного и, главное, никогда не доверять полностью первоначальному впечатлению. Как это бывает: делается одно неправильное предположение, и дальше, исходя из него, формируется стройная и, казалось бы, непротиворечивая версия — логика безупречна, построения и доказательства изящны... вот только исходная предпосылка абсолютно неверна. Тут необходимы, с одной стороны — разумный компромисс, отраженный в УЗ-протоколе в виде дуалистического диагностического вывода; с другой — выжидательная позиция (УЗИ в динамике или дополнительное сканирование с привлечением другого специалиста).

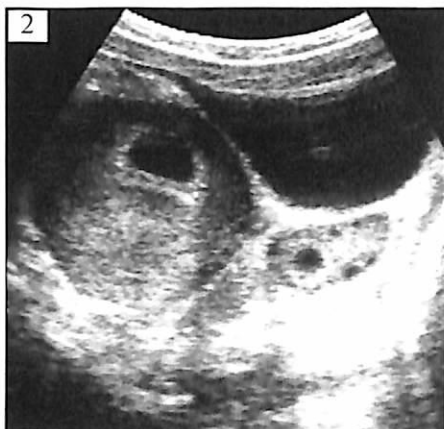
С., 22 лет. УЗИ по поводу БРС (задержка 7–8 дней, мочевого тест на ХГ ⊕). Жалоб нет.

Рис. 46 (1, 2 — поперечные эхосрезы М и левого Я). Кистозно-солидное ЖТ-беременности, которое при первичном сканировании представлялось весьма подозрительным на эктопическое Пл/Я.

Пример уточнения истинного состояния пациентки (маточная беременность, 3–4 НБ) и идентификации овариального объекта (ЖТ) — характер и топография



* Методические аспекты и приемы топографической дифференциации изложены в разделе «Дифференциальная диагностика» главы III настоящей монографии.



которого первоначально не исключали вероятность ВМБ — с помощью УЗИ в динамике.

1. Первичное исследование.

В полости **М** — децидуальный **Э**, 15–16 мм, **Пл/Я** нет. В проекции медиальной части левого **Я** замечено полостное **О** с равномерно утолщенными (3–4 мм) стенками, окруженное узким ободком пониженной эхоплотности → *формальная эхокартина **Пл/Я** = 3–4 НБ.*

*Характерно, что в процессе трансабдоминального УЗИ (в том числе и с помощью пальпаторно-тракционного сканирования) нельзя было полностью исключить параовариальную топографию найденного объекта (ВМБ?). С другой стороны, наличие небольшого дефекта контура и массы **Я** на границе с **О** позволяло думать, что оно все же исходит из **Я** (ЖТ?). Для уточ-*

нения предложено выполнить повторное исследование через неделю (или раньше, если появятся какие-либо жалобы).

2. Контрольное УЗИ (недельный интервал).

В полости **М** — **Пл/Я** = 3–4 НБ. **О**, выявленное ранее в области медиального края **Я**, — без динамики → *это мягкотканно-жидкостное ЖТ-беременности, вариант его краевой локализации в **Я**.*

Разумеется, нельзя корректировать реальность ради выхода из тупиковой диагностической ситуации или для подтверждения собственных, зачастую неверных представлений о характере эхографических находок. Но иногда это происходит на уровне подсознания, совершается почти автоматически... Например, когда при наличии явно гравидарного анамнеза **Пл/Я** в **М** не видно, а вне **М** выявляется объект (ЖТ-беременности), УЗ-изображение которого фактически идентично эктопическому **Пл/Я** (3–5 НБ)... при условии, что ЖТ имеет кистозно-солидное строение и локализуется в периферической части **Я**. В подобном положении многие замечательные качества эходиагноста — такие, как высокая «ВМБ-настороженность», стремление с максимальной эффективностью разрешить сложную диагностическую задачу и пр. (а также страх гиподиагностики ВМБ), — сравнительно легко могут превратиться из средств получения позитивной информации в «орудие гипердиагностики».

В то же время ретроспективный анализ приведенных наблюдений позволяет вскрыть некоторые объективные, причем весьма серьезные, недостатки анализа эхокартины.

В частности, если предположить, что лоцируемое **О** — эктопическое **Пл/Я** (расположенное рядом с **Я**), то непосредственно в самом **Я** должно определяться ЖТ-беременности в виде дополнительного овариального элемента. Тем более что современный ТВ-датчик обеспечивает (по данным литературы) 85–90%-ю визуализацию ЖТ в период БРС. То есть, исходя из подозрений на ВМБ, следовало ожидать выявления сразу двух гравидарных **О** — ЖТ в **Я** и, одновременно, с **Пл/Я** за его пределами.

Кроме того, в первых двух наблюдениях (рис. 44 и 45) не было уделено должного внимания присутствию дугообразной деформации **Я** (пусть незначительной) на границе с объектом.

Показательно, что данный симптом (иначе называемый «дефект контура и массы» **Я**) специфичен для **О**, исходящего из **Я**, и никогда не наблюдается при истинном параовариальном (тубарном) объекте.

Не исключено, что если бы УЗ-поиск был выполнен в полном объеме (речь идет о визуализации ЖТ в **Я** при ВМБ), а оценка контура **Я** была осуществлена более тщательно, то прецедента для гипердиагностики трубной беременности не возникло бы вообще. Для исключения подобных упущений, или хотя бы сведения их к минимуму, не стоит (всего-то навсего) пренебрегать элементарными методологическими правилами, базирующимися на знании законов репродукции и основ прикладной эхосемиотики. А также нужно помнить, что в противоречивой клинко-эхографической ситуации фантазия работает против диагноста. Слишком сложные построения часто бывают ошибочными. Как правило, настоящий «мотив» — самый простой и «лежит на поверхности».

Кистозное желтое тело **Я** при нормо- или гиперпрогестеронемическом варианте лютеиновой персистенции.

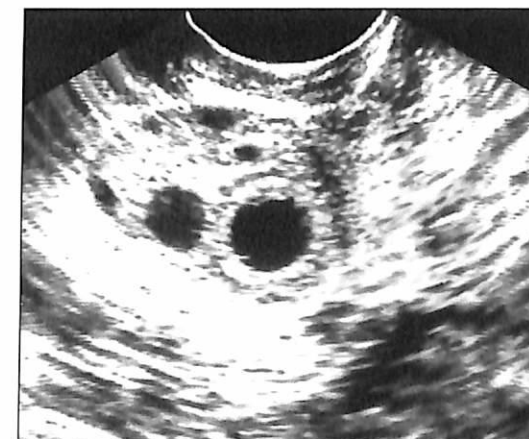
Эндокринологические и клинко-эхографические особенности этого нарушения отражены в разделе «Симптоматические аспекты...» главы III настоящего издания. В дополнение к сказанному целесообразно еще раз отметить, что субъективные проявления лютеиновой дисфункции (задержка или необычный характер последней менструации, ациклические кровянистые выделения) могут быть аналогичны таковым при ампулярно-трубной имплантации. Диагностические трудности усугубляются нередко положительной реакцией на ХГ.

В этой сложной ситуации именно эхографическое исследование в большинстве случаев позволяет установить верный диагноз. Однако если НМЦ протекает с формированием лютеиновой кисты и последняя располагается большей своей частью за пределами общего контура **Я**, результаты УЗИ иногда теряют свою специфичность и могут либо усугублять диагностические затруднения, либо стать непосредственной причиной диагностической ошибки.

Д., 30 лет. Задержка месячных в течение 2 недель, на протяжении которых периодически возникали мажущие кровянистые выделения. Серия тестов на ХГ с неоднозначными результатами — то ⊕, то ⊖. При гинекологическом осмотре патологии не определялось. Первичное представление о больной: «НМЦ(?), замершая беременность(?), необходимо исключить трубную беременность».

Рис. 47. Кистозное ЖТ **Я** при лютеиновой дисфункции, ошибочно расцененное как эктопическое **Пл/Я**.

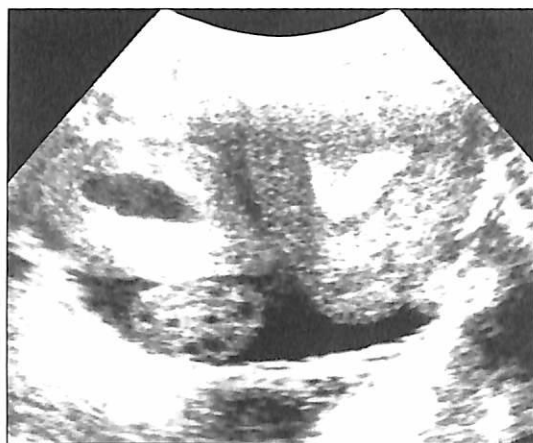
В процессе эхосканирования **Пл/Я** в полости **М** не обнаружено (однородный **Э**, 11 мм), а за пределами **М**, рядом с правым **Я**, было выявлено жидкостное **О** с однородным содержимым и утолщенными до 3–4 мм стенками. Скорее всего — **Пл/Я** в просвете **МТр**.



УЗИ в стационаре: данные те же, но с двойственным вариантом трактовки эхокартины — персистирующее ЖТ или эктопическое Пл/Я. Реакция сыворотки крови на ХГ (дважды) была слабopоложительной. Принято решение о целесообразности лапароскопии — маточные трубы интактны, данных за органическую патологию полости м/таза не получено.

Пояснения к случаю Д. содержатся в обсуждении предыдущих наблюдений. К этому нужно добавить, что в процессе выяснения топографии объекта, занимающего по отношению к Я «пограничное» положение, когда не ясно — исходит ли О из Я или располагается отдельно от него (ЖТ или Пл/Я?), не всегда срабатывает даже такой обычно надежный прием, как регистрация симптома раздельной подвижности Я и О при смещении их прицельными тракциями ТВ-датчика. А применение пальпаторно-тракционного («двуручного») способа сканирования нередко, как это ни парадоксально, еще больше осложняет задачу. Дело в том, что при направленной компрессии Я через переднюю брюшную стенку последний смещается вниз и (меньше) в стороны, а выполняемые одновременно селективные тракции датчиком «заставляют» его двигаться вверх и латерально. Сумма этих взаимопротивоположных движений может создавать обманчивое впечатление о «соскальзывании» О (ЖТ) относительно Я. Следовательно, для уточнения топографии объекта, локализующегося вплотную к Я, предпочтительнее использовать полипозиционно-объемное сканирование с тщательной оценкой сопредельных контуров. Если они пересекаются, то, скорее всего, О исходит из Я (кистозно-солидное ЖТ), в противном случае — имеет место параовариальный объект (эктопическое Пл/Я).

Воспалительный процесс придатков М, протекающий с нарушением менструальной функции по своим клинико-эхографическим проявлениям в ряде случаев имитирует картину нарушенной трубной беременности. Особенно, когда наряду с параовариальным патологическим объектом в полости м/таза выявляется свободная жидкость (экссудативный выпот). При этом отрицательный ответ мочевых гравитестов обычно рассматривается в качестве привычного и в общем-то закономерного явления, встречающегося при ВМБ примерно у 20% больных (по некоторым данным этот показатель значительно выше).



С., 28 лет. Задержка месячных 16 дней (тест на ХГ $\ominus$). За это время отмечает несколько эпизодов скудных кровянистых выделений. Беспокоят постоянные ноющие боли внизу живота (больше справа) и в пояснице. Гинекологический осмотр показал болезненное тубоовариальное О, справа. Заподозрена трубная беременность.

Рис. 48. Диагностическая ошибка. Продуктивно-экссудативный сальпингит с выпотом в полость м/таза в сочетании с НМЦ (патологический процесс верифицирован при операции по поводу нарушенной ВМБ).

На эхограммах (аксиальные эхосрезы М и правой параметральной области) показаны результаты трансабдоминального УЗИ с пустым МП.

Полость М: однородный Э, 14 мм, контуры четкие и ровные, по периферии виден «ободок отторжения».

Позади М и в задне-нижнем отделе правой параметральной области довольно значительное количество свободной жидкости. На этом фоне, на уровне перешейка М, лоцируется интактный правый Я.

Над ним (параовариально) и рядом с боковой поверхностью средней трети М имеется патологическое мягкотканно-жидкостное О вытянутой формы (60 × 37 мм) с гладкой поверхностью, в центре которого определяется четко очерченная полость (повторяет внешний контур О), окруженная утолщенными от 9 до 18 мм стенками и заполненная однородной жидкостью.

Заключение: нарушенная правосторонняя трубная беременность, гемоперитонеум.

Операция. В полости м/таза мутный (гнойный) выпот, без примеси крови. Правая МТр веретенообразно расширена до 5 см на значительном протяжении, ригидна, фимбрии сглажены. На разрезе стенки резко утолщены за счет диффузной инфильтрации всех слоев. Гистологическое исследование: ворсин хориона нет, продуктивный сальпингит.



Конечно, ретроспективный анализ результатов УЗИ позволяет заметить ряд деталей, говорящих «против» диагноза «ВМБ». Например: совершенно четкий контур Э с хорошо выраженной зоной отторжения, резкое утолщение стенок МТр (чрезмерное для хориальной инфильтрации), относительная однородность содержимого просвета, отсутствие ЖТ в Я и др. Однако все перечисленные «нестыковки» перевешивались такими убедительными и грозными симптомами, как наличие крупного, явно тубарного патологического очага и значительного объема свободной жидкости... к тому же выявленными на фоне менструальной задержки и болевого синдрома (без упоминания об эпизодах кровомазания). В подобной ситуации диагностический выбор в пользу нарушенной эктопической беременности был правомерен, а может быть даже и необходим.

У некоторых больных воспалительное О по своим УЗ-качествам может быть идентичным эхокартине организованной тубарной гематомы (без Пл/Я), развившейся в процессе трубного аборта. Это бывает, когда внутри абсцесса содержится большое количество плотных включений (детрит, фибрин), которые, компактно выполняя просвет, имитируют интратубарное скопление сгустков крови при ВМБ. В такой ситуации, если тубарный абсцесс обнаруживается на фоне НМЦ (подозрительном на беременность), только совершенно четкий контур и сравнительно небольшой объем Э, а также отрицательные результаты тестирования на ХГ позволяют усомниться в гравидарной версии диагноза.

Н., 34 года. Последняя менструация «пришла» на 2 дня позже, чем всегда, и была необычно скудной. Через несколько дней появились тянущие боли внизу живота и мажущие темные выделения из половых путей.

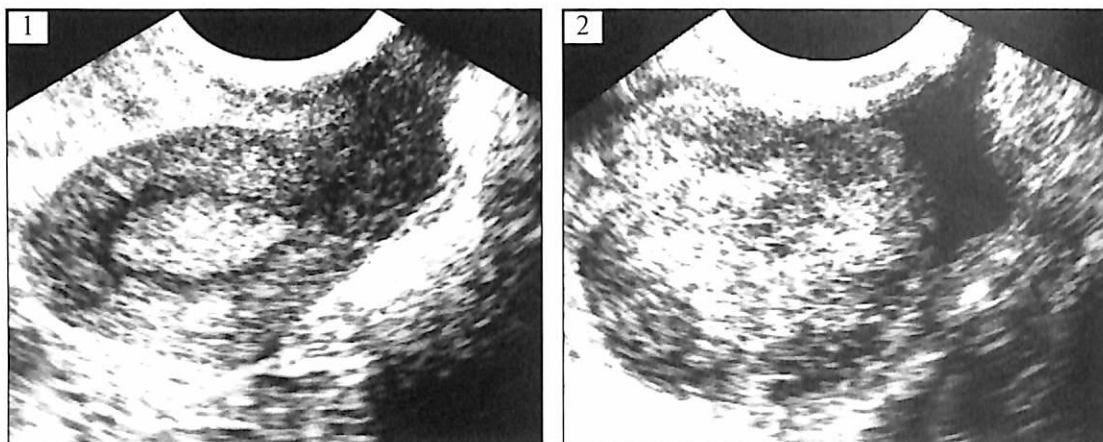


Рис. 49 (1, 2). Тубарный абсцесс (на фоне НМЦ) и небольшой воспалительно-экссудативный выпот в полость м/таза, ошибочно расцененные в качестве организованной тубарной гематомы с формированием перитубарной гематомы при трубном аборте.

1. М не увеличена, миометрий не изменен. Э = 10 мм, однородный, с четкими границами. Я не изменены.

2. При смещении ТВ-датчика кзади и медиальнее от правого Я обнаружена параовариальная полость, неправильной овальной формы (47 × 28 мм), заполненная множественными тяжевыми элементами → *организованная тубарная гематома*. Вдоль медиальной поверхности О отмечается небольшое депо свободной жидкости → *перитубарная гематома*.

Лапароскопия — тубарный абсцесс и незначительное количество серозной жидкости (воспалительный выпот) в правой половине полости малого таза.

Собственно говоря, в случаях С. и Н. (рис. 48 и 49) неправильная трактовка клинико-эхографических данных не была особо «драматичной»*, поскольку при указанном характере и объеме воспалительных изменений необходимость в хирургическом лечении не вызвала сомнений. И напротив, в тех наблюдениях, когда функциональное овариальное О (гравидарное или «менструальное» ЖТ) принимается за эктопическое Пл/Я, — налицо принципиальная и очень серьезная диагностическая ошибка, которая может стать причиной неоправданной операции... со всеми вытекающими из этого, вполне возможными последствиями для диагноста, рассмотренными в разделе «Гиподиагностика» настоящей главы.

Параовариальная киста, выявленная при УЗИ в эконегативный период маточной беременности или по поводу НМЦ, в единичных случаях может быть неверно идентифицирована как эктопическое Пл/Я. Это бывает крайне редко, как из-за сравнительно незначительной частоты данных О, так и вследствие довольно существенных различий эхосимптоматики параовариальной кисты (небольших размеров) и внематочной эмбриональной камеры (раздел «Дифференциальная диагностика», гл. III).

Н., 20 лет. Обращение на УЗИ по поводу нежелательной беременности. Менструальная задержка 8 дней, гравитест не сделан. Жалоб нет. В полости М: Э = 7 мм, Пл/Я нет.

* В отличие от тех случаев, когда функциональное О (гравидарное или «менструальное» ЖТ) расценивается в качестве эктопического Пл/Я.

Рис. 50. Параовариальная киста (обнаружена случайно, во время УЗИ с подозрением на БРС) и фолликулярная полость в Я (развившаяся вследствие ановуляторной дисфункции), которые при первичном сканировании были ошибочно приняты за эктопическое Пл/Я и кисту ЖТ-беременности.



В правом Я имеется функциональная полость, 27 × 18 мм. Латеральнее и выше Я, на расстоянии 12 мм от его наружного края, — параовариальное жидкостное О, 13 × 8 мм, с однородным содержимым и тонкими (2 мм) стенками. Диагностирована прогрессирующая трубная беременность → эктопическое Пл/Я (3 НБ) и киста ЖТ Я.

Консультация гинеколога. Предложено выполнить мочевого тест на ХГ, показавший отсутствие беременности. Но, несмотря на ⊖-результат гравитеста и с учетом уверенного тона УЗ-протокола, подкрепленного серией иллюстраций (одна из них — рис. 50), организована госпитализация с подозрением на ВМБ.

При клинико-эхографическом обследовании в больнице диагноз «ВМБ» вначале был поставлен под сомнение, а потом, после получения ⊖-реакции сыворотки крови на ХГ, был отвергнут. Установлено наличие НМЦ (с формированием небольшой фолликулярной кисты Я) и бессимптомно протекающей параовариальной кисты («случайная находка»). Пациентке предложено два варианта дальнейших действий: 1) выписка с последующим амбулаторным наблюдением; 2) лапароскопическое удаление (пусть безопасной и бессимптомной, но все же «инородной» для репродуктивной сферы) кисты.

Лапароскопия: МТр не изменены; удалена параовариальная киста на ножке, пункция функциональной полости в Я.

Нетрудно заметить, что у Н. в процессе анализа результатов первичного УЗИ были сделаны весьма существенные упущения. Они и стали причиной диагностической ошибки. Во-первых, не обращено внимания на необычно скудный для гравидарного состояния Э (7 мм), объем которого при трубной беременности, протекающей без кровянистых выделений, всегда составляет не менее 10–12 мм. Во-вторых, не отмечена нетипичная для эктопического Пл/Я незначительная толщина стенок (2 мм) параовариальной полости. Своевременная регистрация и акцентация указанных фактов могли бы радикально изменить представление о характере эхокартины и стать основой правильного диагноза. Но этого сделано не было. Скорее всего — из-за поспешной и безальтернативной оценки УЗ-картины, когда первое и неподкрепленное серьезными доказательствами впечатление об увиденном было представлено в виде единственного диагностического решения.

Перечень патологических О и состояний, которые при определенном сочетании обстоятельств эхографически напоминают эктопическую беременность, мог бы быть продолжен. Например: субсерозный ФМ-узел на ножке, припаянная к Я кишка и т. д. Но, исходя из соображений клинической целесообразности, их можно опустить... чтобы не запутаться в дебрях казуистики.

А в целом же, все случаи гипердиагностики ВМБ отчасти служат следствием вполне естественного желания каждого диагноста привести конкретную клиническую реальность в полное соответствие со своим индивидуальным восприятием эхографического изображения. Однако, причем несомненно в первую очередь, все варианты ошибок эходиагностики трубной беременности (гипо- и гипердиагнос-

тика) обусловлены значительными объективными и субъективными трудностями, являющимися обязательными спутниками распознавания этой патологии.

Кроме того (и именно в контексте обсуждения ошибок и трудностей при ВМБ), нельзя полностью сбрасывать со счетов такое негативное явление, как непредвиденное и необъяснимое действие некоторых случайных неблагоприятных факторов, неизбежно приводящих к диагностической ошибке.

Подобный артефакт непредсказуем, не поддается идентификации и классификации. У физиков он известен как шуточный «закон Мерфи», который гласит: «Если эксперимент должен пойти неправильным путем, то он обязательно им и пойдет». Другими словами, если неприятность может случиться, она непременно произойдет. Этот феномен, безусловно, имеет прямое отношение к этиологии эктопической беременности и, в определенной (весьма немалой) степени, — к ее диагностике.

* * *

На этом целесообразно завершить предпоследнюю, и самую сложную, главу монографии. Сложную как по характеру разбираемых вопросов, так и для более или менее объективного их анализа. В самом деле, каждый аналитик — «раб своей догмы», так как фатально ограничен рамками личного опыта. Также нужно учитывать, что, излагая (порой многословно и сумбурно) столь трудный и противоречивый материал, автор вынужден был «укладывать» самые разноплановые и даже драматические события в косноязычные и канцелярские фразы, от которых у человека непосвященного, да и у посвященного тоже, начинает болеть голова и рассеиваться внимание.

В заключение главы, посвященной диагностическим трудностям и ошибкам, нужно постулировать следующий факт: 100%-точная УЗ-диагностика ВМБ невозможна. С одной стороны, это обусловлено наличием значительного числа объективных и субъективных негативных факторов, неизменно затрудняющих процесс УЗ-поиска прямых симптомов эктопической имплантации. С другой стороны, связано с тем, что атипичность места имплантации сама по себе детерминирует нетипичность клинических и эхографических проявлений заболевания. Так, даже такие фанатически (в хорошем смысле этого слова) преданные делу УЗ-диагностики авторы, как В.Догра и Д.Рубенс (М., 2005), вынуждены признать, что при эктопической беременности частота эхографической гиподиагностики колеблется в пределах 26—33%. А если к этим данным (кстати, достаточно объективным и достоверным) добавить менее многочисленные, но вполне реальные случаи гипердиагностики, то действительная частота ошибок при УЗ-распознавании ВМБ возрастает до 30—38%. Разумеется, большинство из них приходится на верификацию прогрессирующей ВМБ (до 5 НБ) и вялотекущего трубного аборта.

Закономерен вопрос — каким же образом можно повысить дооперационную выявляемость трубной беременности? К сожалению, приходится констатировать, что прилагаемые в этом направлении усилия оказались либо безуспешными, либо, скажем так, не совсем адекватными.

После того как было неопровержимо доказано, что разрешающая способность сверхсложных лучевых методик (компьютерной и магнитно-резонансной томографии) в акушерско-гинекологической практике значительно уступает ультразвуковому методу исследования, стало ясно — для улучшения распознавания ВМБ необходимо вступить на путь борьбы за повышение эффективности традиционного УЗИ. Однако попытки применения для этого таких способов, как трехмерное эхосканирование, доплерография, импульс-инвертированное исследование и др., не оправдали возлагаемых на них надежд. Вернее — позволили решить некоторые частные вопросы, но существенно не продвинули ученых в главном направлении — улучшении выявляемости (визуализации) прямых УЗ-признаков эктопической имплантации.

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что для повышения показателя эхографической выявляемости ВМБ (снижения числа случаев гиподиагностики) необходимо обратить самое пристальное внимание на «человеческий фактор». То есть — на самого исследователя, на его способности (явные и еще не использованные) и возможности (действительные и скрытые) — на то, что определяется термином «квалификация» эходиагноста. А проще говоря — умение исследователя найти (обнаружить, визуализировать) до поры до времени скрытый (невидимый) объект, что несомненно является основным и самым сложным элементом распознавания трубной беременности... и только после этого изучить его и идентифицировать. Следовательно, увеличение «поискового потенциала» непосредственного исполнителя процесса эхолокации является практически единственным и реальным путем повышения эффективности УЗИ при ВМБ. Для достижения этого надо, цитируя наших американских коллег, «практиковаться, практиковаться, практиковаться».

Мудрое и совершенно очевидное высказывание. Аксиома. Но правильно ли (и даже как-то обидно) «пускать на самотек» и чрезмерно растягивать во времени сложный процесс наращивания личного диагностического потенциала — путем проб и ошибок, на опыте собственных успехов и неудач... а по существу — за счет больных?

Приведенные в монографии сведения показывают, что повышение качества (а значит, и эффективности) эходиагностики эктопической беременности достигается также и с помощью других довольно простых, но действенных средств и принципов.

- ❑ Высокий уровень «ВМБ-настороженности», требующий рассматривать альтернативный вариант диагностической гипотезы — возможность эктопической имплантации, — почти у всех женщин чадородного возраста, обращающихся на УЗИ как с подозрением на беременность (если Пл/Я в М не определяется), так и без явных гравидарных симптомов (но при наличии жалоб на боли и/или кровянистые выделения).
- ❑ Комплексная оценка УЗ-данных — путем клинических, эхографических и лабораторных сопоставлений. Непременным элементом такого анализа является собеседование с больной во время исследования (особенно, если УЗИ осуществляется до консультации гинеколога), необходимое не только для уточнения жалоб, но и для выявления специфических деталей анамнеза.

- ❑ Выполнение направленного эхографического поиска прямых симптомов трубной беременности, осуществляемого полипозиционно и в то же время прицельно, а также с применением пальпаторно-тракционного способа сканирования. Причем успешное проведение такого поиска достигается при условии значительной концентрации внимания, методичности и согласованности всех действий.
- ❑ Организация контрольных исследований (через 3 дня, через неделю — по ситуации), которые, благодаря эмбриональной кинетике или из-за нарастания (появления) местных симптомов нарушения ВМБ, зачастую позволяют визуализировать невидимый при первичном УЗИ патологический очаг*. С другой стороны, при негативном результате повторного УЗИ или серии эхосканирований, когда Пл/Я в М и вне М не определяется, но имеются другие (субъективные, биохимические) признаки беременности, указанный факт может быть расценен в пользу трубной беременности (особенно при наличии жалоб на кровянистые выделения и/или боли).
- ❑ Применение поэтапного принципа эхолокации: 1) трансабдоминально, с наполненным МП; 2) ТВ-УЗИ; 3) в ряде случаев оказывается полезным дополнительное (после ТВ-УЗИ) сканирование трансабдоминальным датчиком с пустым МП.
- ❑ Консультации: либо в виде совместного исследования, либо путем «передачи» пациентки другому врачу — как правило, более опытному и искушенному именно в данном вопросе.

Соблюдение всех перечисленных условий показывает высокий профессиональный уровень проведенного УЗ-обследования и характеризует эхолога как весьма квалифицированного специалиста.

Что же касается ускоренного развития «поисковых навыков» врача-УЗИ, то этого можно добиться с помощью ежедневного аутотренинга. Смысл его заключается в выполнении и многократном повторении специальных (эхографических) упражнений, развивающих такие профессиональные качества, как: способность к концентрации, детализации и классификации различных оптико-акустических образов; умение находить и идентифицировать небольшие и минимальные по размерам О или объекты, не имеющие ярких УЗ-проявлений; объемное восприятие эхокартины — пространственное мышление; умение длительное время сохранять высокую степень напряжения внимания и т.п. Для этого, например, полезно научиться в 100% случаев визуализировать ЖТ-беременности при маточной БРС или, если получится — менструальное ЖТ в постовуляторном периоде; или проследить и идентифицировать разные ветви подвздошных сосудов, изучать сосудистое русло М; пытаться обнаруживать очаги наружного эндометриоза, спайки; или — утолщенную МТр при продуктивном сальпингите; стремиться получить изображение Я в менопаузе и т.д. Выбор

объекта произволен и индивидуален. Подобная тренировка не занимает много времени и весьма эффективна, если производится постоянно. Упражнения могут осуществляться во время любого гинекологического исследования (если основные задачи сканирования уже решены) и помогают достичь того профессионального уровня, который обозначается термином «искусство ультразвукового исследования».

Аутотренинг в сочетании с естественным процессом накопления и анализа личного опыта диагностических побед и ошибок подготавливают эхолога к достойной «встрече» со сложной и коварной патологией — обеспечивают уверенные, грамотные и эффективные действия в критической ситуации, которая может возникнуть в любой непредсказуемый момент повседневной работы.

Возвращаясь же к собственно эходиагностике ВМБ, уместно еще раз напомнить — именно при распознавании трубной имплантации эхолог должен наглядно продемонстрировать свое умение плодотворно и умело использовать теоретические знания и личный опыт клинической работы, свою способность применять безукоризненный логический анализ и отточенную практикой обостренную наблюдательность.

* Иногда помогает и такой прием. При неинформативности УЗ-поиска исследование переносится на следующий день → изменяется характер содержимого кишечника, степень наполнения МП, что-то меняется в восприятии эхокартины самим исследователем... и еще вчера недоступный объект может быть выявлен.

РЕДКИЕ ФОРМЫ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Частота нетипичных эктопических имплантаций по сравнению с трубной беременностью очень мала и составляет от 1 до 3,7% от всех случаев ВМБ. В то же время, несмотря на крайне незначительный удельный вес редких вариантов эктопических нидаций, они все же должны быть рассмотрены, поскольку практика показывает, что изредка клиническая реальность не подчиняется законам статистики.

С позиции эходиагностики общей чертой для всех нетипичных форм ВМБ является наличие в полости **М** значительно утолщенного децидуального **Э** и отсутствие в ней **Пл/Я** (за исключением гетеротопической беременности), в сочетании с субъективными и биохимическими признаками гравидарного состояния. А клинически — обычно подострое или острое течение фазы прерывания, завершающейся разрывом плодовместилища с, как правило, обильным и массивным внутренним кровотечением.

ПЕРЕШЕЕЧНО-ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Иногда обозначается как дистальный вариант маточной беременности — наиболее часто встречающаяся модификация редких форм ВМБ. Характеризуется имплантацией и ростом **Пл/Я** в **ШМ** или в области перешейка **М**.

Возникновение данного осложнения гравидарного процесса обычно связывают с невозможностью нидации в полости **М** из-за неполноценности **Э** или недостаточной зрелости трофобласта. Причем оба фактора оказывают патогенное влияние только при наличии обстоятельств, способствующих «соскальзыванию» бластоцисты в цервикальный канал. Такие условия обычно имеют место у женщин, перенесших осложненное течение родов и послеродового периода, многократные аборт, операции на **М**, а также — при истмико-цервикальной недостаточности или субмукозной фибромиоме **М**.

Вследствие отсутствия в канале шейки защитной децидуальной оболочки, в норме ограничивающей инвазивный рост трофобласто-хориона, хориальные ворсинки имплантированного в **ШМ** (или в перешейке) **Пл/Я** довольно быстро пенетрируют эндоцервикс и врастают в мышечный слой. Деструкция тканей **ШМ**, и в первую очередь — сосудов, приводит к кровотечению. В некоторых наблюдениях определяется тотальное поражение мышечной стенки с проникновением ворсин хориона в параметрий.

Основным клиническим проявлением заболевания является кровотечение из половых путей на фоне задержки (как правило, непродолжительной) очередной менструации, без болей. Кровотечение может быть умеренным, обильным или профузным. В большинстве случаев ему предшествуют скудные кровянистые выделения мажущего характера.

Эхографическая картина шеечной и перешеечной беременности патогномонична — в проекции цервикального канала визуализируется типичное **Пл/Я**, тех же **УЗ**-качеств (размеры, строение), что и при маточной имплантации. **ШМ** на этом уровне утолщена. До срока 4–5 НБ существенной деформации амниона не наблюдается.

О., 25 лет. Менструальная задержка 13 дней. Грави-тест $\oplus$. В течение последних 7–8 дней отмечает периодически возникающие скудные кровянистые выделения. Болей нет.

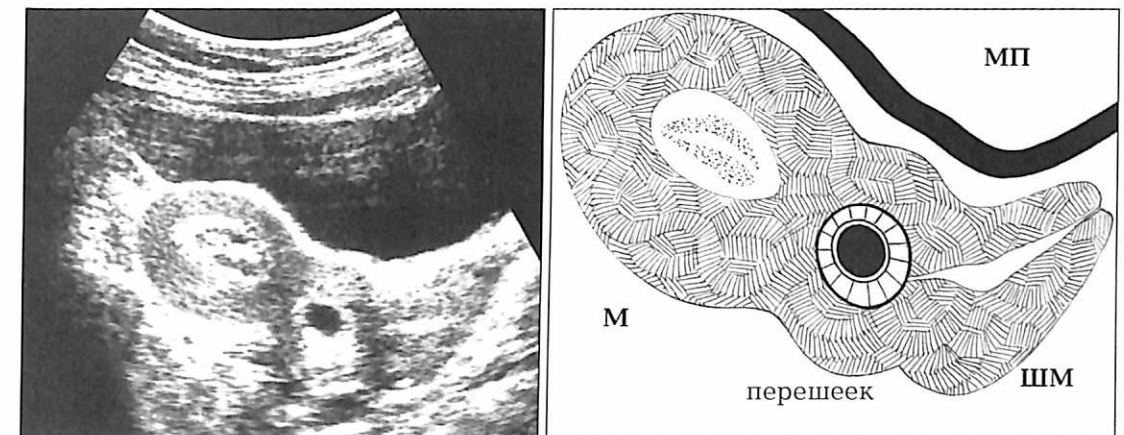


Рис. 1. Перешеечная беременность.

В полости **М** виден децидуальный **Э** (17 мм), без **Пл/Я**.

В центре перешейка имеется **Пл/Я** = 4 НБ, ретрохориальной гематомы нет. Перешеек **М** утолщен до 4–5 мм, наружные контуры его «выбухают». В дистальной части цервикального канала прослеживается утолщенный (5–6 мм) эндосальпинкс.

Нетрудно заметить, что очень похожая клинко-эхографическая картина наблюдается при выкидыше «в ходу», когда эвакуированное из полости **М** **Пл/Я** задерживается в области перешейка или в цервикальном канале. Есть и отличия. В процессе прерывания маточной БРС, как правило, отмечаются боли (на том или ином этапе), часто схваткообразные, а для перешеечно-шеечной беременности свойственно безболезненное течение. На эхограммах при выкидыше «в ходу» наружные контуры тканей (хорион и децидуальная оболочка), окружающих амнион, всегда совершенно четкие и отделены от миометрия **ШМ** узкой эхонегативной зоной; полость **М** — «пустая» или, реже, содержит остатки децидуальной оболочки. В то время как в случае перешеечной беременности внешняя граница **Пл/Я** не имеет четкого отграничения от миометрия вследствие врастания в него хориальных ворсинок, а в полости **М** определяется обильная децидуальная слизистая.



Рис. 2. Выкидыш «в ходу», с задержкой эвакуирующегося из **М** гравидарного содержимого в канале перешейчно-шеечного отдела.

Полость **М** «пустая»: расширена (11–12 мм), гипоехогенного типа, с узкой эхопозитивной линией в центре.

Пл/Я (12 × 6 мм, капсула истончена) и децидуальная оболочка (веретенообразной формы, толщиной до 12 мм) располагаются в канале перешейка **М**. Передний и задний контуры гравидарных тканей четкие и ровные, отделены от миометрия перешейка тонким (2 мм) эхонегативным ободком.

В дистальной части цервикального канала, ближе к внутреннему зеву, — небольшое количество полужидкой крови.

При сроке перешейчно-шеечной беременности свыше 4–5 НБ в большинстве наблюдений имеет место деформация Пл/Я — каплевидная, ладьевидная или «в форме песочных часов».

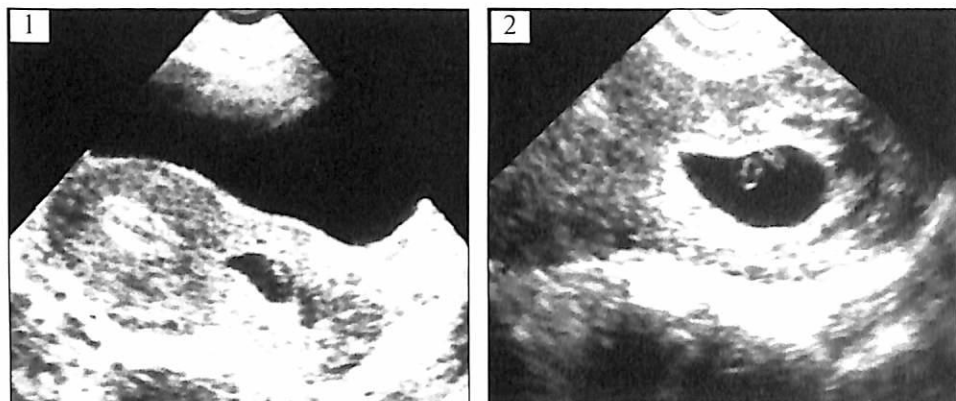


Рис. 3. Шеечная беременность, 5 НБ (1 — обзорная эхограмма; 2 — ТВ-УЗИ).

Полость **М** — децидуальный Э валикообразного типа, 16 мм, эмбрионального объекта нет. В цервикальном канале определяется деформированное (каплевидное) Пл/Я с пульсирующим эмбрионом и желточным мешком в амнионе. В области внешней границы дистального полюса Пл/Я — незначительное ретрохориальное скопление крови.



Рис. 4. Перешейчно-шеечная беременность.

В канале **ШМ** и, в меньшей степени, перешейке **М** — Пл/Я = 5–6 НБ, деформация эктопического амниона «в форме песочных часов». По задней стенке прослеживается глубокая инфильтрация ворсинчатым хорионом мышечной оболочки **ШМ**.

Уточнение шеечной или перешейчно-шеечной локализации Пл/Я, как правило, осуществляется на ранних сроках (2–3 — 5–6 НБ), поскольку выраженная в той или иной степени метроррагия заставляет жен-

щин обращаться на УЗИ именно в этот период, независимо от того — планируется ли сохранение беременности или искусственный аборт.

При отсутствии своевременной диагностики, что в настоящее время бывает крайне редко, истинная шеечная беременность может прогрессировать до 8–12 недель, а в случае перешейчной имплантации — до 16–20 НБ.

Рис. 5. Шеечная беременность, 8 НБ.

Трансабдоминальное УЗИ.

В дистальной части цервикального канала (около внутреннего зева) — эктопический амнион, в просвете которого виден живой эмбрион, 22 × 14 мм. На уровне Пл/Я определяется хориальная инфильтрация всего объема передней и задней стенок **ШМ**. Преобладает поражение передней стенки — истончена, местами разрушена, содержит множественные геморрагические лакуны → угрожающий разрыв передней стенки **ШМ**.



Эходиагностика перешейчной, перешейчно-шеечной и шеечной имплантации почти никогда не вызывает затруднений... при условии, что эходиагност помнит о возможности указанной гравидарной патологии и не ограничивает область сканирования только изучением **М** и пр., а непременно осуществляет изучение ее перешейчного отдела и **ШМ**.

Вместе с тем, известны единичные, а правильнее сказать — казуистические, случаи диагностических ошибок. В частности, в период БРС за эктопическое Пл/Я, локализованное в **ШМ**, может быть принята одиночная Наботова киста, располагающаяся в проекции цервикального канала.

Другой вариант неверной трактовки УЗ-картины — прогрессирующая в перешейке беременность при скрининговом УЗИ в 11–12 НБ расценивается как топографически нормальный (протекающий в полости **М**) гравидарный процесс, а само тело **М** описывается (в УЗ-протоколе) в качестве крупного субсерозного ФМ-узла.

Прецедент для гиподиагностики перешейчно-шеечной имплантации возникает и в том случае, если во время эхолокации не уделяется достаточного внимания оценке дистального отдела **М** и **ШМ**. Впрочем, подобные казусы ни в коей мере не могут рассматриваться в качестве типичного явления, а только являются примерами исключительно предвзятого, поверхностного и неквалифицированного УЗИ.

ГЕТЕРОТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

или *сочетанная* — *маточно-трубная беременность* представляет собой топографически патологический вариант разнорядцевой двойни, в котором одновременно присутствуют два вида имплантации → одна бластоциста — в полости **М**, другая — в просвете **МТр**.

УЗ-диагностика данного вида ВМБ заключается в визуализации за пределами **М** (и отдельно от **Я**) эхографического аналога локализующегося в **М** Пл/Я.

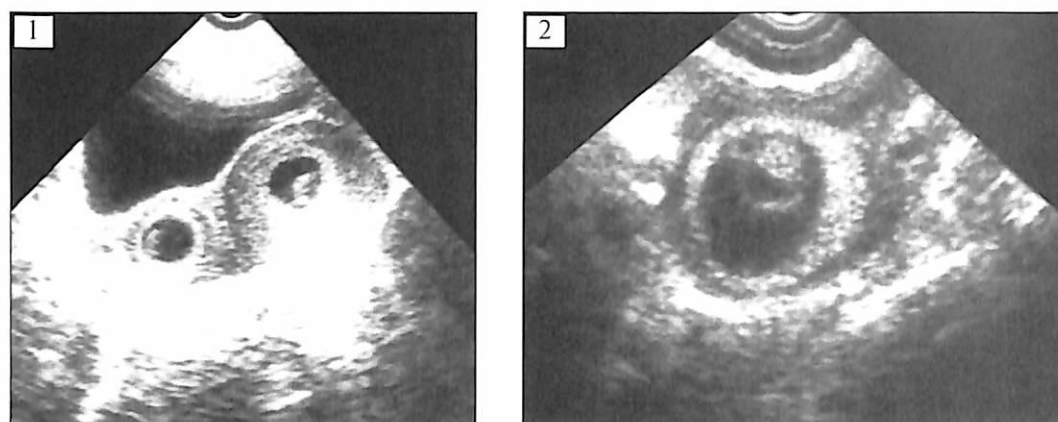
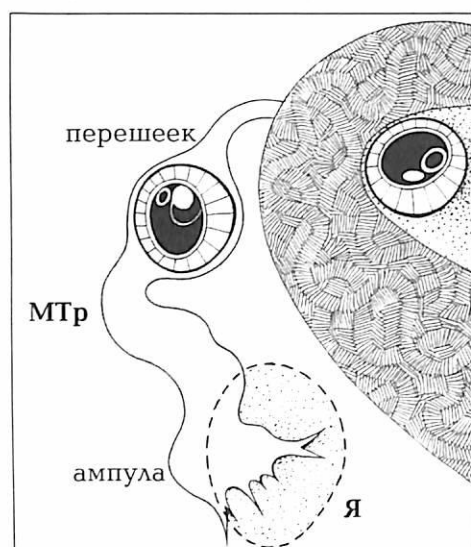


Рис. 6 (1, 2). Прогрессирующая гетеротопическая беременность, 5 НБ: два одинаковых Пл/Я — в М и в истмическом отделе правой МТр.

1. Трансабдоминальное сканирование.

В полости М имеется типичное Пл/Я = 5 НБ, с пульсирующим эмбрионом. Кроме того, на расстоянии 10 мм от края правого угла М (и на несколько сантиметров выше верхнего полюса правого Я) обнаружено параовариальное жидкостное О с утолщенной до 5–6 мм капсулой (общий размер 27 мм в Ø). Заподозрена трубная беременность. Для уточнения исследования продолжено с помощью ТВ-датчика.

2. ТВ-УЗИ. Справа от М, в том же месте, что и при обзорной эхолокации, отчетливо выявлено эктопическое Пл/Я — тех же УЗ-качеств, как и Пл/Я в полости М.

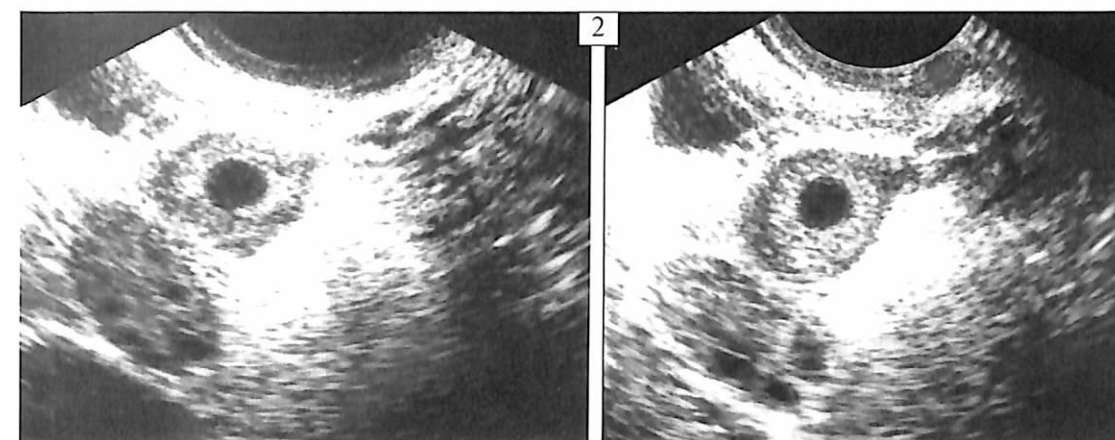
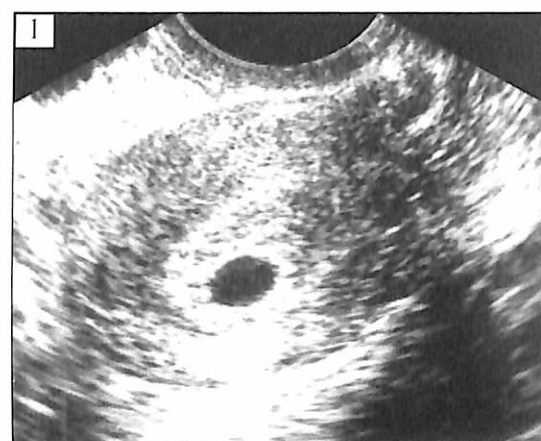


Гетеротопическая беременность по частоте занимает второе место (после перешеечно-шеечной имплантации) в списке редких форм ВМБ. Независимо от статистических выкладок, сам факт возможности двойной и одновременно раздельной (в М и вне М) имплантации постулирует следующий тезис: поиск эктопического эмбрионального объекта необходим даже после обнаружения Пл/Я в полости М.

П., 27 лет. УЗИ перед медикаментозным прерыванием нежелательной беременности (задержка 10 дней, гравитест ⊕).

Рис. 7 (1, 2). Комбинированная, маточно-трубная беременность.

1. В полости М — Пл/Я = 3–4 НБ, гипертонуса нет, ретрохориальной гематомы нет.

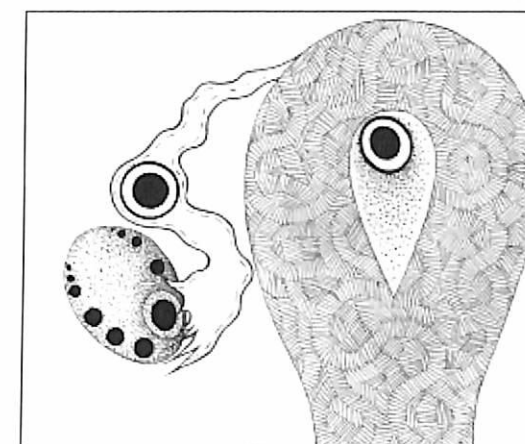


2. На прицельных эхограммах — Я и эктопическое Пл/Я.

В процессе изучения правого Я (левый — не изменен, в нижнем полюсе правого Я — кистозно-солидное ЖТ, 10 × 7 мм) в средней части правой параметральной области обнаружено параовариальное О. Оно располагалось на расстоянии 28 мм от края М и на 9 мм выше верхне-медиальной поверхности правого Я. Данный объект опознан как эктопическое Пл/Я (амнион 10 мм в Ø; равномерно утолщенная до 5 мм капсула, окруженная узким гипоехогенным ободком), по своим УЗ-характеристикам идентичное Пл/Я в полости М. В проекции внематочной эмбриональной камеры скопления крови нет. Свободной жидкости в м/тазу нет.

Заключение: гетеротопическая беременность 3–4 НБ — в М (без УВ) и в правой МТр (ненарушенная).

Лапароскопическое и гистологическое подтверждение диагноза.



Эхографическое распознавание комбинированной беременности связано с очень большими сложностями. Разумеется, это касается выявления дополнительной — трубной имплантации. В рассматриваемой ситуации объективные и субъективные трудности, всегда имеющие место при диагностике ВМБ, усугубляются отвлекающим влиянием факта наличия Пл/Я в М. В самом деле, после обнаружения эмбриональной камеры в типичном месте и оценки состояния физиологической имплантации основные задачи исследования представляются решенными. В связи с этим последующая эхолокация полости м/таза, как правило, сводится, в общем-то, к формальному изучению Я, а направленный поиск эктопического гравидарного объекта либо не проводится вовсе, либо он выполняется поверхностно — без необходимых для успешного выявления трубной беременности детализации и углубленного сканирования. То есть отмечается вполне естественная «потеря бдительности».

В комплексе диагностических затруднений имеется еще одна грань — эктопическое Пл/Я или небольшая тубарная гематома при эхолокации могут быть ошибочно расценены в качестве кистозно-солидного ЖТ Я.

В результате сочетанного действия перечисленных факторов дооперационная верификация маточно-трубной беременности осуществляется чрезвычайно редко. В подавляющем большинстве таких наблюдений имеет место гиподиагностика тубарного компонента гравидарного процесса.

Д., 24 года. Менструальная задержка 12–13 дней. Предъявляет жалобы на непостоянные, несильные боли внизу живота. Планируется выполнение мини-аборта.

Выписка из протокола УЗИ: «...в полости М — Пл/Я, соответствующее 4 НБ; напряжение передней стенки М, отслойки нет ... В правом Я киста, 15 мм в Ø (ЖТ)...».

Проведена вакуум-аспирация. В раннем послеоперационном периоде (через 10–15 мин после окончания операции) развились резкие боли в области м/таза, слабость, головокружение. Самочувствие больной быстро ухудшалось. Полуобморочное состояние, постоянные боли, бледность. УЗИ (cito) показало значительное количество свободной жидкости (крови) в полости м/таза. Экстренная госпитализация с диагнозом «перфорация М, массивное внутреннее кровотечение».

Лапаротомия: обширный гемопельвиоперитонеум → прервавшаяся по типу разрыва МТр правосторонняя трубная беременность.

Характерно, что нарушение одного из компонентов (в М или в МТр) гетеротопической беременности обычно вызывает (из-за резкого снижения продукции ХГ и соответственно — П) ускоренное прерывание второго гравидарного процесса. А именно: разрыв МТр или трубный аборт (острый, подострый варианты течения) осложняются самопроизвольным маточным выкидышем, а мини-аборт или медикаментозно инспирированное опорожнение полости М — прерыванием ВМБ*.

У женщин, заинтересованных в сохранении беременности, клинко-эхографическая диагностика дополнительной — эктопической имплантации в значительной степени затруднена еще и потому, что субъективная симптоматика подостро или хронически прерывающейся ВМБ обычно трактуется как осложненное течение маточной беременности (наличие которой доказано эхографически). Подобные больные могут получать неоднократные курсы лечения по поводу «угрожающего выкидыша» (амбулаторно, в стационаре), а потом поступают в больницу с клиникой внутреннего кровотечения, обусловленного прерыванием трубной беременности, сопутствующей маточной имплантации.

В то же время именно в процессе прерывания ВМБ иногда создаются (на одном из этапов динамического УЗИ) «благоприятные» условия для уточнения истинного положения дел — успешного распознавания тубарной составляющей гетеротопической беременности.

* Указанная гормонообусловленная закономерность диктует необходимость проведения интенсивной гормонотерапии сразу после лапароскопического устранения трубной имплантации... в том случае, если планируется вынашивание маточной беременности.

А., 30 лет. Планирует сохранение беременности. Первое УЗИ при недельной задержке месячных (тест на ХГ ⊕, жалоб не было): БРС = 3 НБ, гипертонуса нет; в правом Я небольшое ЖТ-беременности; в остальном — без особенностей. Через 4 дня появились жалобы на непостоянные мажущие выделения из половых путей, расцененные как следствие УВ.

Госпитализирована. Повторное УЗИ — подтверждение диагноза: БРС (в М), УВ. В течение 2 недель получала соответствующее лечение → нормализация состояния → выписка. Однако через незначительный «светлый» промежуток времени вялотекущая метроррагия возобновилась, а потом развились почти постоянные нерезко выраженные боли внизу живота.

УЗИ в третий раз.

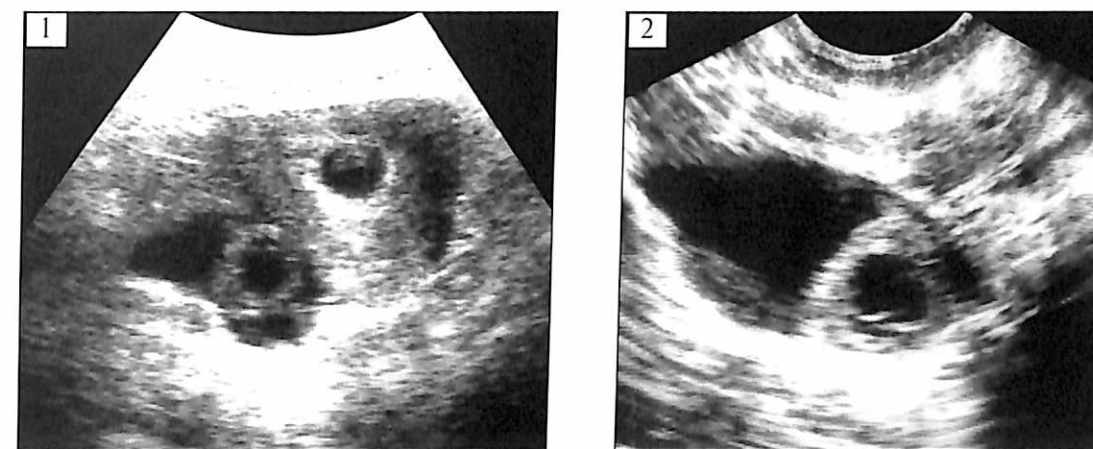


Рис. 8 (1, 2). Гетеротопическая беременность — прогрессирующая в М и нарушенная — в МТр.

1. В процессе трансабдоминального сканирования (аксиальный эхосрез М и правой половины м/таза) в полости М определялось Пл/Я с пульсирующим эмбрионом (5 НБ). Одновременно с этим, отдельно от М, в правой параметральной области (на уровне перешейка, рядом с боковой поверхностью М) было обнаружено округлое О, примерно таких же размеров и формы, как и Пл/Я в М, почти со всех сторон окруженное свободной жидкостью (умеренное количество). *Заподозрена сопутствующая прогрессирующей маточной имплантации нарушенная правосторонняя трубная беременность... что полностью подтвердилось на втором этапе исследования.*

2. ТВ-УЗИ. Полость М — данные те же. Справа от М, на фоне свободной жидкости (излившаяся из МТр кровь) лоцировалось деформированное и погибшее дополнительное (внематочное) Пл/Я с двумя пристеночными линейными включениями в амнионе (постмортальные «остатки» эмбриона и желточного мешка). *Диагностирована сочетанная маточно-трубная беременность: 1) прогрессирующая маточная беременность; 2) полный трубный аборт, справа — эвакуированное из МТр в полость м/таза Пл/Я на фоне умеренно выраженного гемопельвиоперитонеума.*

Лапароскопия: перитубарная гематома справа, после вскрытия и опорожнения которой в воронке МТр, среди фимбрий, определялось не связанное с тубарной стенкой Пл/Я...

В послеоперационном периоде, несмотря на проводимую терапию, направленную на сохранение оставленной физиологической беременности, произошел маточный выкидыш.

БЕРЕМЕННОСТЬ В МАТОЧНОМ (ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ) ОТДЕЛЕ ТРУБЫ

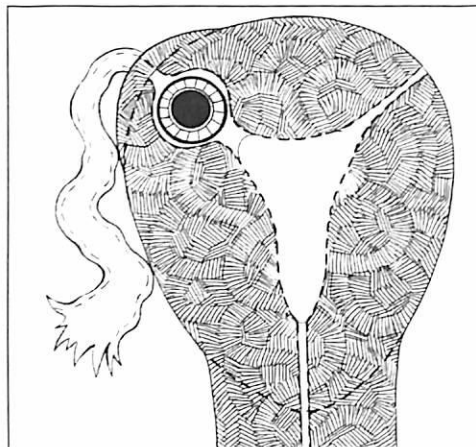


Рис. 9. Схема интерстициальной имплантации.

Интерстициальная локализация Пл/Я, в некоторых изданиях называемая эксцентричным вариантом маточной имплантации, в период БРС встречается не столь уж редко. Данное состояние характеризуется расположением Пл/Я в пограничной зоне — в промежутке (в среднем 10—14 мм) между одним из трубных углов («карманов») полости **М** и внешней границей мышечной стенки (верхне-латеральной) **М** → в маточном (интерстициальном) отделе **МТр**, соединяющем перешеек трубы с материнской полостью и проходящем в толще миометрия угла **М**.

Вместе с тем, имплантация бластоцисты в интерстициальном отделе яйцевода в подавляющем большинстве случаев не представляет существенной опасности. Так, когда женщина не заинтересована в сохранении беременности, локализуемое в маточном отделе **МТр** Пл/Я полностью и обычно без осложнений эвакуируется при вакуум-аспирации или медикаментозном выкидыше. С другой стороны, если планируется вынашивание беременности, то, как правило, по мере развития гравидарного процесса эмбриональная камера перемещается, «соскальзывает» вниз — в полость **М** и в дальнейшем прогрессирует совершенно нормально. И лишь в единичных наблюдениях Пл/Я остается и развивается на месте нидации — в маточном отделе трубы. Только при таком, крайне редком, варианте развития событий можно говорить об истинной интерстициальной трубной беременности. Естественно, данный диагноз требует проведения серии УЗИ на протяжении нескольких недель (до месяца и более). Обычно «соскальзывание» Пл/Я в полость **М** происходит в течение 2 недель после первичной УЗ-манифестации эксцентричной нидации.

Эхосимптоматика беременности в интерстициальном отделе трубы аналогична маточной имплантации тех же сроков... вот только Пл/Я локализуется не в материнской полости, а в области одного из углов **М**. Соответственно, в полости **М** определяется значительно утолщенный децидуальный Э. Характерная особенность — непропорциональное увеличение объема одного из верхне-латеральных отделов (углов) **М** с «выбуханием» его внешних контуров (по типу интрамурально-субсерозного ФМ-узла). При этом отчетливо видно, как, в отличие от ВМБ в перешейке **МТр**, общие контуры **М** и миометрий плавно переходят на область дислокации эмбриональной камеры, а между капсулой Пл/Я и краем маточной стенки прослеживается нормальная мышечная ткань.

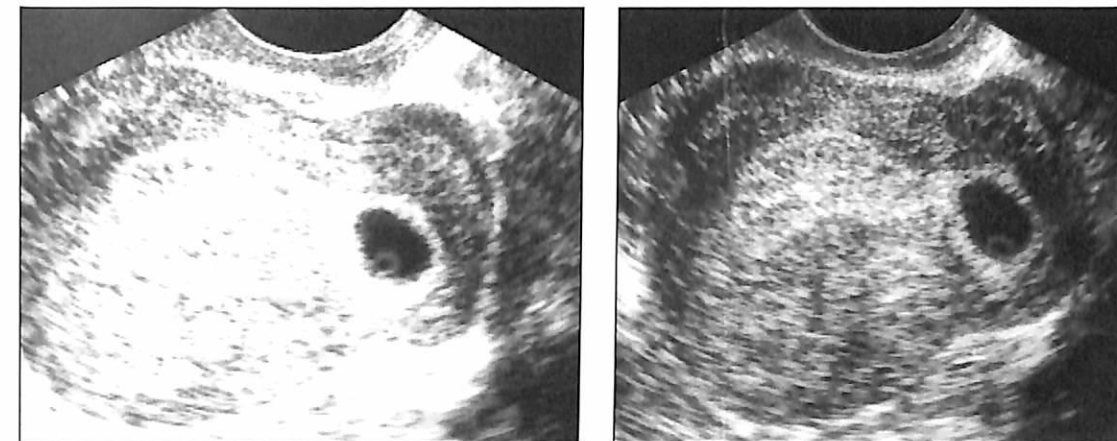


Рис. 10. БРС, 4–5 НБ. Пример эксцентричной имплантации — Пл/Я в маточном отделе правой **МТр**.

Довольно часто между избыточно выраженной слизистой материнской полости и локализующимся в просвете угла **М** Пл/Я определяется относительно узкая (3–4 — 8–9 мм) эхопозитивная «ножка» («дорожка»), длиной 18–24 мм.

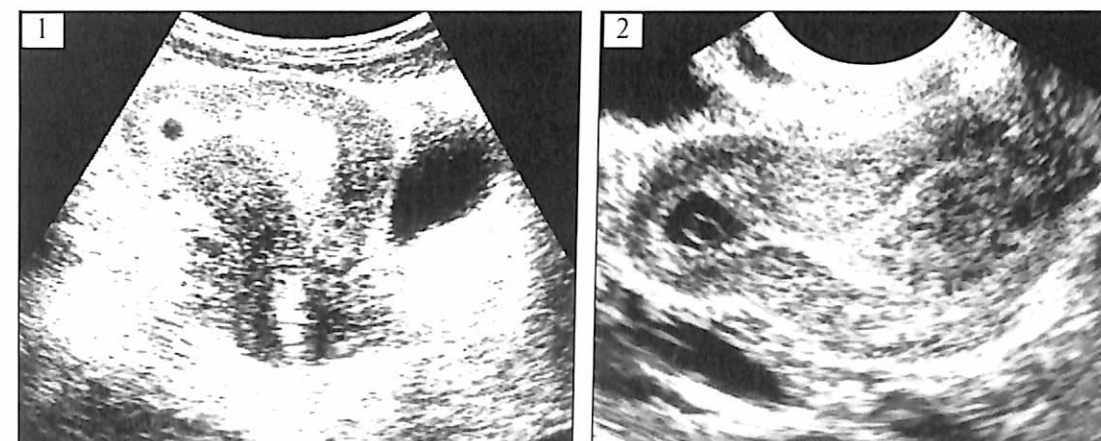


Рис. 11 (1, 2). Интерстициальная трубная беременность.

1. Трансабдоминальное УЗИ с полупустым МП. Аксиальный экосрез **М** и **ШМ**.
2. ТВ-УЗИ. Поперечное сечение на уровне верхней трети тела **М**.

В полости **М** виден децидуальный Э (15–16 мм), а Пл/Я (4–5 НБ) выявляется в проекции правого угла **М**. Между Э и Пл/Я прослеживается слизистая переходной (маточно-трубной) зоны в виде равномерно суживающейся (до 3–4 мм) и расширяющейся (до 7 мм) «соединительной дорожки».

Таким образом, установление имплантации в маточном отделе **МТр** имеет значение только в том случае, если планируется вынашивание беременности. При этом диагноз «интерстициальная трубная беременность» правомочен лишь тогда, когда факт эксцентричной нидации (в «канале» угла **М**) подтверждается при контрольных исследованиях.

Н., 32 года. Первое УЗИ при менструальной задержке 8 дней, жалоб нет. Планируется вынашивание беременности.

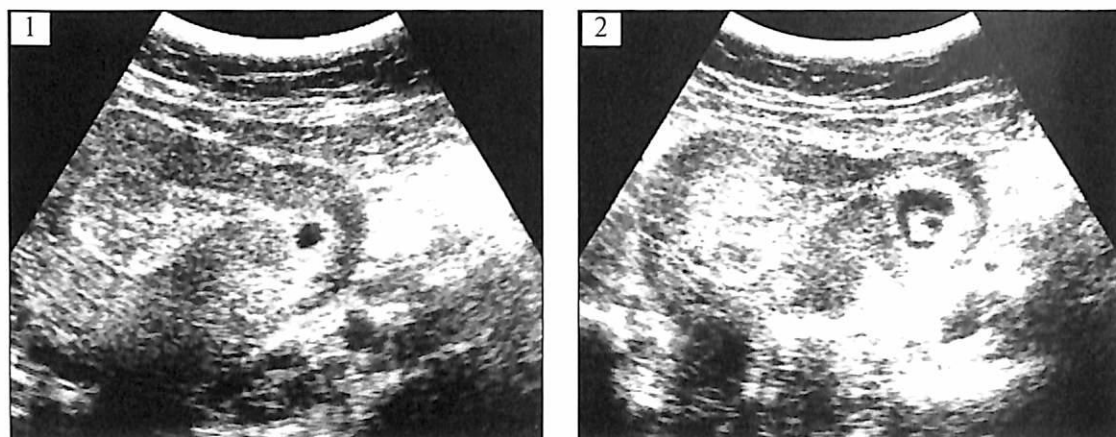
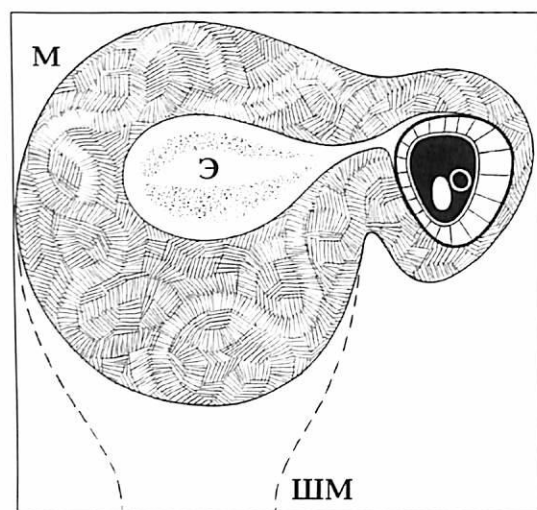


Рис. 12 (1, 2). ВМБ, прогрессирующая в маточном отделе трубы (динамическое исследование).



1. Трансбрюшное УЗИ. Поперечное эхосечение на уровне верхней части М.

В области левого угла М и за пределами ее полости (содержит утолщенный до 20 мм Э) определяется Пл/Я = 3 НБ, со всех сторон окруженное неизменным миометрием и связанное с полостью М переходной «ножкой» (длина 19 мм).

С учетом дистального типа имплантации и намерения женщины сохранить беременность предложено для уточнения истинной локализации гравидарного процесса сделать контрольное УЗИ через 2 недели. При этом Н. была поставлена в известность о том, что наи-

более реален благоприятный результат УЗ-мониторинга и что первично локализующееся в интерстициальном отделе МТр Пл/Я, по мере роста, в большинстве случаев «опускается» в полость М и дальнейший рост его протекает как обычно.

2. Повторное исследование показало адекватное (двухнедельному интервалу) развитие Пл/Я (5 НБ: в амнионе — пульсирующий эмбрион и желточный мешок, толщина ворсинчатого хориона 9 мм)... но только не в полости М, а в маточной части левой трубы. Обращает на себя внимание истончение миометрия латеральной части угла М — за счет прогрессирующего роста ворсинчатого хориона. Диагностирована интерстициальная трубная беременность, что было подтверждено при еще одном контрольном УЗИ.

Благодаря большому объему мышечной ткани, окружающей Пл/Я, интерстициальная беременность может ненарушенно прогрессировать до 10–16 НБ и более. Прерывание ее наступает после прорастания ворсинами хориона всей мышечной оболочки, что приводит к разрыву стенки угла М с сильнейшим внутренним кровотечением, смертельно опасным для больной.

ЯИЧНИКОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

обычно рассматривается в двух патогенетических формах: первичная (интрафолликулярная), когда оплодотворение наступает не в МТр, а непосредственно в Я — внутри овулировавшего фолликула; вторичная (эпиовариальная) — после полного трубного выкидыша зародыш не погибает, а имплантируется на поверхности Я. Разумеется, подобное деление имеет гипотетический характер, потому что достоверно доказать, какой именно(?) патогенетический механизм вызвал овариальную nidацию в данном конкретном случае, невозможно. Наиболее вероятным представляется второй вариант. Впрочем, подразделение яичниковой беременности на первичную и вторичную не имеет существенного значения, так как это не влияет ни на клинко-эхографические проявления заболевания, ни на результаты гистологического исследования.

Течение яичниковой беременности аналогично истмическо-трубной имплантации: нарушение менструальной функции вследствие наступившего зачатия → бессимптомное прогрессирование в течение 2–3 недель → прерывание по типу разрыва плодовместилища (разрыва Я). В 18–25% наблюдений задержки месячных не отмечается, и тогда пациентка сразу поступает в стационар с симптомами внутреннего кровотечения. Одним словом, никаких сколько-нибудь специфических клинических черт у данного вида ВМБ нет.

Что же касается эходиагностики яичниковой беременности, то значительные трудности, вообще свойственные распознаванию ВМБ, в случае овариальной nidации многократно усугубляются тем, что имплантированное в Я Пл/Я уже не является параовариальным О, а исходит непосредственно из ткани Я. Поэтому даже в тех редких наблюдениях, когда эктопическое Пл/Я обращает на себя внимание исследователя, оно почти всегда трактуется как кистозно-сосудистое (мягкотканно-жидкостное) ЖТ.

При подготовке этого раздела книги автору удалось (с большими организационными сложностями) провести ретроспективный анализ 13 хирургически подтвержденных наблюдений яичниковой беременности. Из них в 12 случаях на дооперационном этапе клинко-эхографического обследования имела место гиподиагностика эктопической имплантации, а факт яичниковой беременности был установлен только при операции, выполненной в связи с острым или подострым прерыванием ВМБ. И лишь у одной больной при УЗИ были получены данные, позволившие не только высказаться в пользу эктопической беременности, но даже заподозрить локализацию Пл/Я в Я.

Я., 25 лет. Первое УЗИ сделано при менструальной задержке 8 дней (гравитест ⊕, болей и кровянистых выделений нет). В М и вне М Пл/Я не обнаружено, Э = 13–14 мм, в правом Я замечено ЖТ, свободной жидкости в полости м/таза нет. Для уточнения состояния пациентки (с учетом отсутствия жалоб и каких-либо тревожных УЗ-симптомов; скорее всего — эхонегативная форма маточной БРС) назначено контрольное УЗИ через неделю.

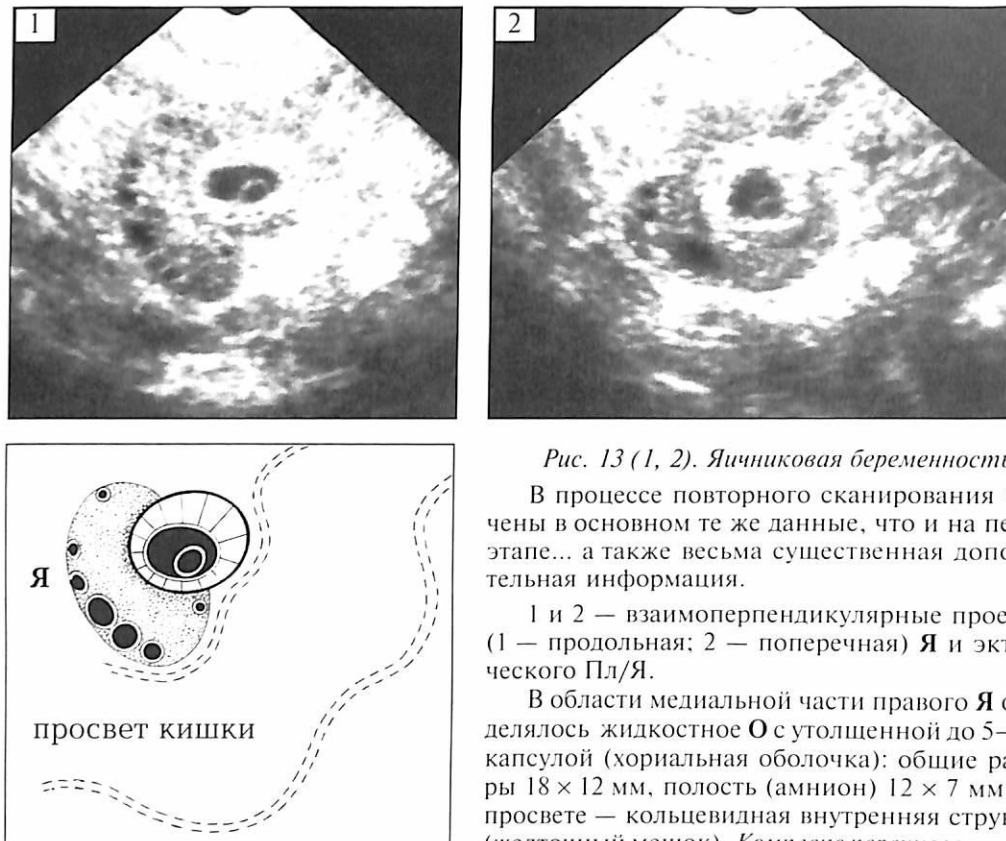


Рис. 13 (1, 2). Яичниковая беременность.

В процессе повторного сканирования получены в основном те же данные, что и на первом этапе... а также весьма существенная дополнительная информация.

1 и 2 — взаимоперпендикулярные проекции (1 — продольная; 2 — поперечная) Я и эктопического Пл/Я.

В области медиальной части правого Я определялось жидкостное О с утолщенной до 5–7 мм капсулой (хориальная оболочка): общие размеры 18 × 12 мм, полость (амнион) 12 × 7 мм, в ее просвете — кольцевидная внутренняя структура (желточный мешок). Комплекс перечисленных УЗ-качеств изучаемого объекта свидетельствовал о

наличии в правой половине м/таза внематочной эмбриональной камеры, соответствующей 4–5 НБ. Однако некоторые особенности топографии этого О «не укладывались» полностью в типичную картину трубной беременности.

Обращает на себя внимание, что объект на 45–50% «погружен» в ткань Я и только частично выступает за общий овариальный контур. То есть — имеет интимную связь с Я, что подтверждалось как при полипозиционной эхолокации, так и с помощью пальпаторно-тракционного исследования. Иначе говоря, указанное О отличалось от мягкотканно-жидкостного ЖТ-беременности всего лишь одним признаком — присутствием в полости характерного для Пл/Я сроком 4–5 НБ кольцевидного изображения желточного мешка.

Заключение: эходанные крайне подозрительны на ненарушенную правостороннюю ВМБ (не исключена яичниковая локализация Пл/Я).

Дальнейшее УЗ-обследование осуществлялось в стационаре. При этом овариальное О справа было расценено как ЖТ Я. Тестирование крови на беременность показало положительный результат с нормальным для маточной имплантации содержанием ХГ. В связи с отсутствием субъективных, объективных (гинекологический осмотр), эхографических (?) и лабораторных данных за ВМБ этот диагноз был «поставлен под сомнение». Принята к действию выжидательная тактика... с закономерным финалом — развитием (в течение последующей недели) симптомов подострого прерывания эктопической беременности и операцией (умеренно выраженный гемопельвиоперитонеум — нарушенная по типу апоплексии Я правосторонняя яичниковая беременность).

Скромный опыт собственных наблюдений, отрывочные литературные сведения и информация, полученная при обмене мнениями с коллегами (практикующими в различных учреждениях и даже разных городах), позволяют ут-

верждать, что дооперационная эходиагностика яичниковой беременности крайне сложна и почти всегда неэффективна. Это связано с тем, что в подавляющем большинстве случаев локализуемый в Я зародыш либо не визуализируется вообще, либо расценивается в качестве кистозно-солидного ЖТ, занимающего краевое положение в Я. Более или менее достоверное распознавание овариальной имплантации доступно лишь в единичных наблюдениях, когда, при гестационном сроке свыше 4–5 НБ, в просвете исходящего из Я мягкотканно-жидкостного О (при условии, что оно замечено во время сканирования и детально изучено) удастся увидеть пульсирующий эмбрион и/или желточный мешок.

Представляется полезным привести еще один случай овариальной имплантации, в котором яичниковую беременность диагностировать при УЗИ не удалось, но была выполнена прицельная эхограмма пораженного Я, показывающая локализованное в нем эктопическое Пл/Я... первоначально расцененное как ЖТ-беременности в эхонегативный период маточной БРС*.

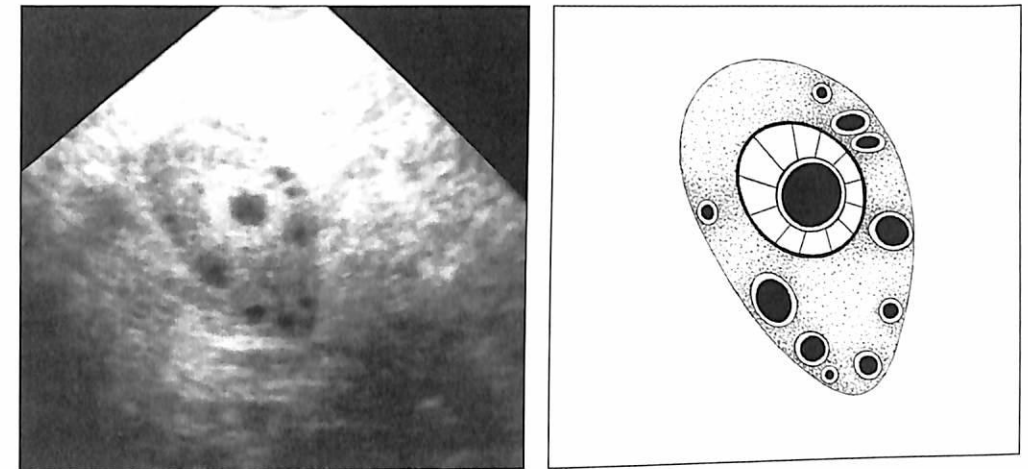


Рис. 14. Яичниковая беременность (диагностическая ошибка).

В центре Я, на фоне мозгового вещества и множественных антральных фолликулов, имеется дополнительное мягкотканно-жидкостное О — полностью погруженная в овариальную ткань сферическая полость (5–6 мм в Ø), муфтообразно замкнутая плотной капсулой, толщиной 4–6 мм.

Не исключено, что данная эхокартина служит примером первичной, интрафолликулярной имплантации в Я (факт яичниковой беременности был установлен при экстренной операции в связи с острым прерыванием своевременно не распознанной ВМБ). В определенной степени об этом свидетельствует внутриовариальное расположение зародыша — эктопическое Пл/Я со всех сторон окружено тканью Я.

* Приведенная на рис. 14 эхограмма Я была сделана с целью накопления фактического и иллюстративного материала, отражающего различные варианты УЗ-строения гравидарного ЖТ.

БРЮШНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

или, точнее, брюшинная имплантация рассматривается в двух топографических вариантах: собственно **брюшная беременность**, когда Пл/Я имплантируется в париетальную или висцеральную брюшину органов брюшной полости; и **пельвиоперитонеальная беременность**, при которой эктопический гравидарный процесс локализуется в полости м/таза — на брюшине широкой маточной связки (лигаментарная, интралигаментарная беременность) или крестцово-маточных связок.

В обеих модификациях, скорее всего, имеет место вторичная нидация. Ее можно представить следующим образом: оплодотворенная яйцеклетка, развившаяся до стадии бластоцисты и «задержавшаяся» в МТр, не имплантируется в эндосальпинкс (как обычно), а изгоняется из просвета трубы и, если сразу не погибает и не задерживается на поверхности Я, то попадает (под действием силы тяжести) на брюшину, внедряется в ее эпителиальный слой и начинает там развиваться.

Необходимо подчеркнуть, что если к перешеечно-шеечной, гетеротопической, интерстициальной и яичниковой беременностям применим термин «редкие формы» эктопической нидации, то брюшную и пельвиальную ВМБ по частоте нужно отнести к казуистическим формам этой патологии. У автора монографии нет собственного опыта распознавания брюшной беременности. В связи с этим остается только прибегнуть к помощи более опытных коллег и привести отрывок из книги А.Н.Стрижакова (с соавт.) «Внематочная беременность» (М., 1998): *«Основные ультразвуковые критерии брюшной беременности: идентификация на эхограммах «пустой» матки, при этом части плода визуализируются за ее пределами, ближе к передней брюшной стенке; необычное расположение (позиция) плода; плацента расположена атипично, границы ее едва различимы; между плодом и мочевым пузырем матери стенка матки не определяется; отсутствие амниотической жидкости между грудной клеткой или головкой плода с одной стороны и плацентой — с другой; следует отметить, что диагностическая ценность эхографии возрастает с увеличением срока беременности (после 16 нед.); ультразвуковая диагностика ранних сроков брюшной беременности крайне затруднена».*

Что же касается пельвиоперитонеальной беременности (обычно отмечается нидация в брюшину широкой маточной связки), которая встречается несколько чаще, чем имплантация в брюшной полости, то, исходя из трех подобных наблюдений, а также весьма отрывочных и скудных литературных сведений, можно с уверенностью констатировать: дооперационная диагностика данной патологии очень сложна, а в начальный период — как правило, невозможна. С одной стороны, это обусловлено редкостью заболевания, с другой — тем, что никаких специфических клинических и эхографических признаков, позволяющих установить этот диагноз на более или менее ранних сроках, нет. Кроме того, в указанной ситуации само по себе выявление внематочного зародыша протекает исключительно в неблагоприятных условиях, поскольку в случае пристеночной имплантации (на брюшине полости м/таза) эктопическое Пл/Я «сливается» с плотными тканями стенки м/таза и почти полностью перекрывается кишечником.

В то же время представляет определенный интерес тот факт, что при пельвиоперитонеальной беременности эктопическое Пл/Я локализуется в позадиматочном пространстве... и все же, согласно отдельным публикациям и крайне ограниченному личному опыту, иногда может быть обнаружено (после 4–5 НБ) эхографически. Но только при удачном сочетании следующих условий: 1) незначительном объеме кишечного содержимого, что сводит к минимуму экранирующее влияние со стороны К; 2) когда располагающееся на брюшине широкой маточной связки Пл/Я верхним своим полюсом соприкасается с поверхностью задней стенки М («прилежит» к ней); 3) при проведении направленного и исключительно внимательного изучения позадиматочной области. Однако по данным УЗИ установить наличие именно брюшинной имплантации в сроки 4–5 – 6 НБ (и даже до 10–12 НБ) невозможно — УЗ-картина идентична прогрессирующей ампулярно-трубной беременности. Топографически точный диагноз устанавливается во время хирургического вмешательства.

У других больных визуализация погруженного в брюшину м/таза Пл/Я достигается в процессе подострого прерывания ВМБ, когда на фоне гемопельвиоперитонеума удается заметить внематочную эмбриональную камеру, «прижатую» к задней или задне-боковой стенке м/таза, — эхокартина, аналогичная одному из вариантов УЗ-симптоматики полного трубного выкидыша.

Прогрессирование брюшной или пельвиоперитонеальной беременностей протекает в зонах с богатой васкуляризацией, поэтому прерывание этих (очень редких) форм ВМБ сопровождается массивным внутренним кровотечением, которое примерно в 20% случаев приводит к гибели беременной. Вместе с тем, благодаря обильному кровоснабжению и, так сказать, укреплению плодовместилища листками широкой маточной связки, являющейся естественной преградой для интенсивного роста ворсин хориона, в ряде случаев пельвиоперитонеальная беременность может развиваться до 16 НБ и более — вплоть до поздних сроков, соответствующих доношенной беременности (единичные наблюдения).

* * *

В проблеме диагностики эктопической беременности очень много разных нюансов. Например: для успешного обнаружения прямых симптомов данной патологии совершенно недостаточно тех знаний, которые экологи получают при изучении литературы* и даже на курсах специализации и усовершенствования. Можно вложить человеку в память гигантские вороха справочников, монографий, руководств и инструкций. Но в повседневной работе, тем более в условиях экстремума (ВМБ?!), когда от результатов эхолокации во многом зависит своевременное разрешение urgentной акушерско-гинекологической задачи, зачастую это не дает желаемого и ожидаемого эффекта. В случае с ВМБ реальная диагностическая ситуация нередко существенно отличается от классических клиничко-эхографических стереотипов. А в ряде случаев они просто не срабатывают. Подлинные профессиональные знания каждый врач-УЗИ может и должен

* В том числе и настоящей монографии.

получить экспериментальным путем — основываясь на результатах собственного практического опыта.

Следовательно, роль прикладного издания, посвященного распознаванию трубной беременности, заключается не только в подробном и объективном изложении базовой информации, но и в максимальном приближении теоретических сведений к конкретным клиническим ситуациям. Не исключено, что именно такой принцип освещения фактического материала поможет читателю ускорить длительный процесс формирования диагностического мировоззрения и накопления профессионального опыта. А главное — позволит специалисту пройти этот сложный путь с минимальными «потерями».

Удалось ли это сделать? Вот вопрос. Впрочем, «любому автору известна жесткая максима: когда поставлена последняя точка, книга больше ему не принадлежит» (Дж.К.Роулинг). И все же...

Завершая монографию, непременно нужно извиниться перед читателем за многочисленные отступления, обилие повторений и излишнюю эмоциональность... Но они были необходимы как для того, чтобы попытаться показать проблему ВМБ во всем ее многообразии, так и потому, что истина многолика и не всегда похожа на наши представления о ней. И теперь, в конце книги, когда уже не знаешь, что еще можно сделать и откуда ждать упреков в тавтологии и пристрастности, остается изречь ни к чему не обязывающую, но эффектную фразу... и это создаст иллюзию, что последнее слово осталось за тобой. Вот она.

Автор надеется, что сведения, приведенные в настоящей книге, могут оказаться полезными как для начинающего врача, так и для умудренного опытом клинициста.

23.05.2006
Санкт-Петербург

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамян Р. А.* Современное консервативное лечение трубной беременности // Экспериментальная и клиническая медицина. — 1991. — Т. 31. — №3. — С. 240–243.
2. *Абрамян Р. А.* Роль лапароскопии в диагностике внематочной беременности // *Абрамян Р. А.* Экспериментальная и клиническая медицина. — 1991. — №1. — С. 58–61.
3. Акушерство и гинекология. Пер. с англ. / Под ред. Г. М. Савельевой, Л. Г. Сичинава. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 1998. — С. 393–410.
4. Акушерство. Справочник Калифорнийского университета. — М.: Практика, 1999. — С. 364–377.
5. *Аншина М. Б.* Трубная беременность в процессе индукции суперовуляции // Проблемы репродукции. — М.: Медиа-Сфера, 2003. — №2. — С. 62.
6. *Аронов Б. Е.* Сочетание внематочной и маточной беременности // Сов. медицина. — М.: Медицина, 1986. — №12. — С. 72.
7. *Бахтияров И. А., Мальцева Л. И.* Значение ультразвукового исследования в диагностике брюшной беременности // Казан. мед. журнал. — 1991. — Т. 72. — №2. — С. 148–149.
8. *Баязитова Л. И.* Случай диагностики шеечной беременности при скрининге воротникового пространства в I триместре беременности // Эхография. — М.: Видар, 2002. — Т. 3. — №3. — С. 319.
9. *Беккер С. М.* Патология беременности. — Л.: Медицина, 1975. — С. 112–116.
10. *Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирющенко А. П.* Акушерство. — 3-е изд. — М.: Медицина, 1986. — С. 285–295.
11. *Будаев А. И., Горин В. С., Шин А. П., Рыбников С. В.* Диагностика и лечение трубной беременности эндоскопическим методом // Казан. мед. журнал. — 2000. — №3. — С. 204–206.
12. *Буланов М. Н.* Ультразвуковая диагностика в гинекологической практике. — CD. — М., 2002.
13. *Булгач М. А., Озерова О. Е.* Ультразвуковая диагностика внематочной беременности методом контрастирования маточных труб // Сов. медицина. — М.: Медицина, 1988. — №9. — С. 35–37.
14. *Бумм Э.* Руководство к изучению акушерства. Пер. с нем. / Под ред. П. Т. Саловского. — 2-е изд. — СПб.; Киев: Сотрудникъ, 1913. — С. 320–341.
15. *Буянова С. Н., Смирнова В. С.* Основные принципы диагностики и лечения внематочной беременности // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1996. — №4. — С. 10–12.
16. *Василевская Л. Н., Грищенко В. И., Кобзева Н. В., Юровская В. П.* Гинекология. — М.: Медицина, 1985. — С. 343–354.
17. *Васина И. Б., Ступенькова Г. Г., Колесник И. В., Гончарова С. Г.* Случай ультразвуковой диагностики брюшной беременности // Ультразвуковая диагностика. — М.: Видар, 1996. — №2. — С. 56–57.

18. Волков Н. И. Бесплодие при генитальном эндометриозе: дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1996. — С. 84–88.
19. Волков А. Е., Михельсон А. Ф., Волдохина Э. М. Ультразвуковая диагностика прогрессирующей яичниковой беременности // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. — М.: Видар, 1993. — №4. — С. 71–72.
20. Волков А. Е., Михельсон А. Ф., Розенберг М. Б. и др. Ультразвуковая диагностика прогрессирующей брюшной беременности // Ультразвуковая диагностика. — М.: Видар, 1996. — №1. — С. 49–50.
21. Ганжук В. А., Щелкова С. Т. Яичниковая беременность // Сов. медицина. — М.: Медицина, 1986. — №7. — С. 119–120.
22. Грязнова И. М. Внематочная беременность. — М.: Медицина, 1980.
23. Губайдулина С. В., Мазитова М. И. Эпидемиология внематочной беременности в Татарстане // Казан. мед. журнал. — 1997. — №3. — С. 207–209.
24. Гуляева Л. Б., Озерская И. А., Митьков В. В. Возможности эхографии в диагностике внематочной беременности // Ультразвуковая и функциональная диагностика. — М.: Видар, 2001. — №3. — С. 102–107.
25. Гинекология. Новейший справочник / Под ред. Л. А. Суслопарова. — М.: ЭКСМО; СПб.: Cola, 2003. — С. 356–381.
26. Давыдов А. И., Стрижаков А. Н. Трансвагинальное ультразвуковое сканирование в диагностике внематочной беременности // Акушерство и гинекология. — М.: Медицина, 1991. — №1. — С. 67–68.
27. Деменюк Ю. А. Случай ультразвуковой диагностики шеечной беременности // Ультразвуковая и функциональная диагностика. — М.: Видар, 2002. — №2. — С. 121–122.
28. Демидов В. Н., Зыкин Б. И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. — М.: Медицина, 1990. — С. 196–202.
29. Догра В., Рубенс Д. Дж. Секреты ультразвуковой диагностики. Пер. с англ. / Под ред. А. В. Зубарева. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — С. 89–95.
30. Зурабиани З. Р., Киселев С. И. Роль комплексного обследования и лапароскопии в хирургическом лечении трубной беременности // Акушерство и гинекология. — М.: Медицина, 1995. — №5. — С. 20–22.
31. Зиновьева М. С. Внематочная беременность // Нижегородский мед. журнал. — 1992. — №4. — С. 64–68.
32. Иванова В. С., Егорова Ж. К. Эхографическая характеристика шеечно-перешеечной беременности // Ультразвуковая диагностика. — М.: Видар, 1996. — №3. — С. 20–21.
33. Игнатьева Д. П., Шапирова Ф. К., Юсупов К. Ф., Ситарская М. В. Брюшная беременность // Казан. мед. журнал. — 1993. — №4. — С. 305–306.
34. Кириченко А. К., Милованов А. П., Базина М. И. Современные представления о патогенезе трубной беременности // Проблемы репродукции. — М.: Медиа Сфера, 2004. — №2. — С. 15–16.
35. Колгушина Т. Н. Актуальные вопросы гинекологии. — Минск: Вышэйшая школа, 2000. — С. 262–276.
36. Кулаков В. И., Селезнева Н. Д., Краснополский В. И. Оперативная гинекология. — М.: Медицина, 1990. — С. 360–364.
37. Лапароскопия в гинекологии / Под ред. Г. М. Савельевой, И. В. Федорова. — М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. — С. 197.
38. Лютая Е. Д., Ершов Г. В., Шаркова Т. Ю. Случай ультразвуковой диагностики эктопической беременности в интерстициальном отделе маточной трубы // Эхография. — М.: Видар, 1996. — Т. 3. — №1. — С. 64–65.
39. Мазитова М. И. Статистические аспекты внематочной беременности // Казан. мед. журнал. — 1996. — №5. — С. 343–345.
40. Медведев М. В., Зыкин Б. И., Хохлин В. Л., Стручкова Н. Ю. Дифференциальная ультразвуковая диагностика в гинекологии. — М.: Видар, 1997. — С. 118–123.
41. Медведев М. В., Озерская И. А. Ультразвуковое исследование маточных труб // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / Под ред. В. В. Митькова, М. В. Медведева. — М.: Видар, 1997. — Т. 3. — С. 187–193.
42. Михельсон А. Ф., Волков А. Е. Клиническое значение ранней диагностики шеечной беременности // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. — М.: Видар, 1993. — №3. — С. 118–119.
43. Мустафина Г. А. Случай ультразвуковой диагностики шеечной беременности // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. — М.: Видар, 2000. — №3. — С. 223–224.
44. Новак Ф. Оперативная гинекология. — М.: Медицина, 1984. — С. 239–240.
45. Озерова О. Е., Булгач М. А. Клиническое значение эхографии в диагностике внематочной беременности // Акушерство и гинекология. — М.: Медицина, 1989. — №3. — С. 62–63.
46. Озерская И. А., Агеева М. И. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности // Ультразвуковая и функциональная диагностика. — М.: Видар, 2005. — №2. — С. 101–113.
47. Озерская И. А., Саркисов С. Э., Карамышев В. К., Гуляева Л. И. Случай диагностики неразвивающейся трубной беременности // Ультразвуковая диагностика. — М.: Видар, 2000. — №2. — С. 98–100.
48. Пун Л. Г., Мухамедова Ш. С. Перинатальная ультразвуковая диагностика брюшной беременности // Ультразвуковая и функциональная диагностика. — М.: Видар, 2001. — №3. — С. 92–93.
49. Пухов В. П., Ульянов В. Н., Ганина А. А. Эктопическая беременность при применении внутриматочных контрацептивов // Акушерство и гинекология. — М.: Медицина, 1988. — №8. — С. 71.
50. Русина Н. Ф., Терешкова С. П., Будровский М. А., Клишко Л. Н. Развивающаяся беременность большого срока в рудиментарном роге матки // Здоровоохранение Белоруссии. — Минск: Полымя, 1987. — №4. — С. 58–59.
51. Селезнева Н. Д. Внематочная беременность // Неотложная помощь в гинекологии. — М.: Медицина, 1986. — С. 62–75.
52. Серова О. Ф., Кириченко А. К., Ермаченко Л. В. и др. Внематочная беременность: современные аспекты этиологии и патогенеза // Российский

- вестник акушера-гинеколога. — М.: Медиа Сфера, 2006. — Т. 6. — №2. — С. 19–22.
53. Сильвия К., Роузви А. Гинекология. Пер. с англ. / Под ред. Э. Айламазяна. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — С. 70–78; 182–184.
 54. Сиончикова Т. А., Старцева С. В., Васенко Т. Н. Полиморфизм ультразвуковой картины внематочной беременности // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. — М.: Видар, 2001. — №1. — С. 73–74.
 55. Скакунов А. С. Система обследования и тактика ведения больных при подозрении на внематочную беременность: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1995. — 21 с.
 56. Скворцова М. Н., Медведев М. В. Ультразвуковое исследование в ранние сроки беременности // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / Под ред. В. В. Митькова, М. В. Медведева. — М.: Видар, 1996. — Т. 2. — С. 25.
 57. Справочник по акушерству и гинекологии / Под ред. Г. М. Савельевой. — М.: Медицина, 1996. — С. 335–338.
 58. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И. Клиническая трансвагинальная эхография. — М.: Медицина, 1997. — С. 143–158.
 59. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И. Эндометриоз. Клинические и терапевтические аспекты. — М.: Медицина, 1996. — С. 58–62.
 60. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Шахламова М. Н., Белоцерковцева Л. Д. Внематочная беременность. — М.: Медицина, 1998. — С. 6–12.
 61. Сумовская А. Е., Вахламова И. В., Чехонацкая М. Л. Возможности сохранения репродуктивной функции у женщин с шеечной беременностью // Акушерство и гинекология. — М.: Медицина, 2000. — №2. — С. 57.
 62. Терегулова Л. Е. Опыт использования широкополосного внутривагинального датчика при вагинальных исследованиях для диагностики причин кровянистых выделений из половых путей // Ультразвуковая диагностика. — М.: Видар, 1995. — С. 9–13.
 63. Тихомирова Н. И., Василенко А. А., Олейникова О. Н. Гормональные методы в диагностике прогрессирующей беременности // Российский мед. журнал. — М.: Медицина, 2001. — №3.
 64. Уилсон П. Гинекологические заболевания. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — С. 104–111.
 65. Федорова Е. В., Липман А. Д., Ищенко А. И., Зуев В. М. Шеечная беременность: современная концепция диагностики и лечения // Ультразвуковая диагностика. — М.: Видар, 1998. — №4. — С. 49–55.
 66. Флоренсова Е. В. Трудности интерпретации эхографических данных при обследовании пациенток с подозрением на эктопическую беременность ранних сроков // Эхография. — М.: Видар, 2002. — №2. — С. 209–214.
 67. Флоренсова Е. В., Апарцин М. С. Особенности эктопической беременности при внематочной беременности // Эхография. — М.: Видар, 2002. — №1. — С. 66–70.
 68. Флоренсова Е. В., Апарцин М. С., Чертовских М. И. Роль эхографии в диагностике внематочной беременности на догоспитальном этапе // Эхография. — М.: Видар, 2001. — С. 344–348.
 69. Флоренсова Е. В., Апарцин М. С., Чертовских М. И., Кулинич С. И. Прикладные аспекты доплерографии сосудов, питающих трофобласт. Возможности практического использования результатов доплерографии при трубной беременности // Эхография. — М.: Видар, 2003. — №3. — С. 236–241.
 70. Фукс М. А. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии // Клиническая ультразвуковая диагностика / Под ред. Н. М. Мухарлямова. — М.: Медицина, 1987. — Т. 2. — С. 73.
 71. Хабаров С. В. О случаях гетеротопической беременности // Журнал акушерства и женских болезней. — СПб., ООО «Нева-Люкс», 2000. — №3. — С. 89–90.
 72. Хачатрян А. К. Интраоперационная эхографическая диагностика четырехплодной беременности: маточной и внематочной двойни // Эхография. — М.: Видар, 2003. — №2. — С. 125–128.
 73. Хачкурузов С. Г. УЗИ в гинекологии. Симптоматика. Диагностические трудности и ошибки. — СПб.: ЭЛБИ, 1999–2001.
 74. Хачкурузов С. Г. Ультразвуковое исследование при беременности раннего срока. — М.: МЕДпресс-информ, 2002.
 75. Цой В. Б., Морозова А. А. Эктопическая беременность в интрамуральном отделе маточной трубы: ультразвуковая диагностика и опыт эндохирургического лечения // Ультразвуковая диагностика. — М.: Видар, 1995. — №3. — С. 56–57.
 76. Чернецкая О. С. Клинико-диагностические аспекты и тактика ведения внематочной беременности // Акушерство и гинекология. — М.: Медицина, 1999. — №5. — С. 44–46.
 77. Шония М. Б. Диагностика внематочной беременности методом эхографии // Акушерство и гинекология. — М.: Медицина, 1984. — №1. — С. 45–48.
 78. Щепанская С. Г. Новые подходы в диагностике и лечении внематочной беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Уфа, 1998.
 79. Abound E. A five year review of ectopic pregnancy // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. — 1997. — V. 24 (Suppl. 3). — P. 127–129.
 80. Abusheikna N., Salha O., Brinsden P. et al. Assistance of diagnostic methods in ectopic pregnancy treatment // Hum. Reprod. Update. — 2000. — V. 6. — №1. — P. 80–92.
 71. Anandacumar C., Vanaja K., Wong Y. C. et al. The role of transvaginal ultrasonography and color Doppler in detecting ectopic pregnancy // J. Obstet. Gynecol. Res. — 1996. — V. 22. — №5. — P. 455–600.
 82. Arora R., Habeebullah S. Ectopic pregnancy // J. Indian Med. Assoc. — 1998. — V. 96 (Suppl. 2). — P. 53–57.

83. *Atry M., Leduc C., Gillet P. et al.* Role of endovaginal sonography in the diagnosis and management of ectopic pregnancy // Radiography. — 1996. — V. 16. — №4. — P. 755–774.
84. *Bau A., Atry M.* Acute female pelvic pain: ultrasound evaluation // Semin. Ultrasound CT-MR. — 2000. — V. 21. — №1. — P. 78–93.
85. *Callen P.* Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology 4-th ed. — Philadelphia: W.B. Saunders, 2000. — P. 912–933.
86. *Condous G., Thomas J., Okaro E., Broune T.* Placental site trophoblastic tumor masquerading as an ovarian ectopic pregnancy // Ultrasound Obstet. Gynecol. — 2003. — V. 21. — №5. — P. 504–506.
87. *Dart R. G., Mitterando J., Dart L. M. et al.* Rate of change of serial beta HCG in values as predictor of ectopic pregnancy in patients with interterminate transvaginal ultrasound findings // Am. Emerg. Med. — 1999. — V. 34 (Suppl. 6). — P. 703–710.
88. *Ehsan N., Mehmood F.* Ectopic pregnancy: an analysis of 62 cases // J. Pac. Med. Assoc. — 1998. — V. 48 (Suppl. 2). — P. 26–29.
89. *Giambanco V., Giambanco L., Alaimo D.* Della gravidanza extrauterina // Minerva Gynecol. — 1999. — V. 51. — P. 19–25.
90. *Goes E., Breucq C., Osteaux M. et al.* Ultrasound studies in ectopic pregnancy // Belg. Radiol. — 1998. — V. 81. — №1. — P. 14–16.
91. *Hamada S., Naka O., Moride N., Higuchi K.* Ultrasonography and MR reflecting the results of the patient examination with an interrupted interstitial pregnancy // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Riol. — 1997. — V. 73 (Suppl. 2). — P. 197–201.
92. *Jeong E. H., Kim Y. B., Ji I. W., Kim H. S.* Triplet cervical pregnancy treated with intraamniotic methotrexate // Obstet. Gynecol. — 2000. — V. 100. — №5. — P. 1117–1119.
93. *Kaplan B. C., Maskos M.* Ectopic pregnancy: prospective study with advanced diagnosis accuracy // Ann. Emerg. Med. — 1996. — V. 28. — №1. — P. 7–10.
94. *Leeman L. M., Wendland C. L.* Cervical ectopic pregnancy. Diagnosis with endovaginal ultrasound examination and successful treatment with methotrexate // Arch. Fam. Med. — 2000. — V. 9. — №1. — P. 72–77.
95. *Mol B. W., Van Der Veen F.* Observance of the probability rules improves the diagnostic validity of the algorithms and the diagnostic control of ectopic pregnancy // J. Hum. Reprod. — 1999. — V. 14 (Suppl. 11). — P. 2855–2862.
96. *Nyberg D. A., Filly R. A., Zaing F. C. et al.* Ectopic pregnancy: diagnosis by sonography correlated with quantitative hCG // J. Ultrasound Med. — 1987. — V. 6. — P. 145–150.
97. *Ozerskaya I.A., Belousov M. A., Ageeva M. I.* Echography and color Doppler in differential diagnosis of tube-ovarian masses of non-neoplasm etiology // Abstracts book of XVI European Congress of Ultrasound in Medicine and biology. — Zagreb, 2004. — P. 91.
98. *Rempen A.* A form of endometrium evaluated with a 3D ultrasound as a additional sign of ectopic pregnancy // Hum. Reprod. — 1998. — V. 3 (Suppl. 2). — P. 450–454.
99. *Shalev E., Yaron I., Bustan M. et al.* Transvaginal ultrasound as a final diagnostic instrument for controlling ectopic pregnancy: a survey of 840 cases // Fertil. Steril. — 1998. — V. 69 (Suppl. 1). — P. 62–65.
100. *Tenore J. L.* Ectopic pregnancy // Am. Fam. Physician. — 2000. — V. 61. — №4. — P. 1080–1088.
101. *Wachsberg R. N., Levin C. D.* Echogenic peritoneal fluid as an isolated sonographic finding significance in patients at risk of ectopic pregnancy // Clin. Radiol. — 1998. — V. 53. — №7. — P. 520–522.
102. *Wojak J. C., Clayton M. J., Novan T. E.* Outcomes of ultrasound diagnosis of ectopic pregnancy. Dependence on observer experience // Invest. Radiol. — 1995. — V. 30. — №2. — P. 115–117.
103. *Zinn H. L., Cohen H. L., Zinn D. L. et al.* The importance of the transabdominal ultrasound examination in diagnosis of the ectopic pregnancy // Ultrasound Med. — 1997. — V. 16 (Suppl. 9). — P. 603–607.

Хачкурузов Сурен Георгиевич

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА
ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Книга выпущена в авторской редакции

Технический редактор *Л. Васильева*
Корректор *Л. Ф. Кузнецова*

ISBN 978-5-00030-447-1



Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.
Подписано в печать 10.02.17. Формат 70×100/16.
Бумага мелованная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 36,12.
Тираж 500 экз. Заказ № 957

Издательство «МЕДпресс-информ».
119048, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3
e-mail: office@med-press.ru
www.med-press.ru
www.03book.ru

Филиал «Чеховский Печатный Двор» АО «Первая Образцовая типография»
142300, Московская обл., г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1
Тел.: 8 (499) 270-73-59
e-mail: sales@chpd.ru
www.chpd.ru



Хачкурузов

Сурен Георгиевич (1950, Ленинград).

Автор трех книг по ультразвуковой диагностике. Каждая из них неизменно находила теплый прием у многочисленных читателей, о чем свидетельствует многократное переиздание следующих книг: «Ультразвуковая диагностика гинекологических заболеваний», «УЗИ в гинекологии: Симптоматика. Диагностические трудности и ошибки», «Ультразвуковое исследование при беременности раннего срока».

Вниманию аудитории предлагается новая работа этого известного автора, посвященная, пожалуй, самой трудной и противоречивой проблеме акушерско-гинекологической практики — распознаванию эктопической беременности. Так же, как и предшествующие ей труды С.Г.Хачкурузова, настоящая монография отличается глубиной и, в то же время, доступностью анализа, прекрасной иллюстративной «оснащенностью», объективностью при рассмотрении спорных вопросов... и, что весьма существенно, оригинальной манерой изложения фактических данных. В совокупности перечисленные (и многие другие) факторы и определяют, столь привлекательную для читателя, харизматическую силу книги.

ISBN 978-5-00030-447-1



9 785000 304471